|  |
| --- |
| **SOLICITAÇÃO DE AUXÍLIO PARA PUBLICAÇÃO DE ARTIGO CIENTÍFICO COM****QUALIS-CAPES IGUAL OU SUPERIOR A A4 (ÁREA: MEDICINA II)** |
| **IDENTIFICAÇÃO** |
| Docente:  |
| E-mail: Telefone: CPF: |
| Banco: Agência: Conta: |
| Discente: Mestrado ( ) Doutorado ( ) |
| E-mail: Telefone:  |
| ( ) Aluno ativoMês/Ano de ingresso: \_\_\_\_/\_\_\_\_\_ | ( ) Aluno egressoMês/Ano da Defesa: \_\_\_\_/\_\_\_\_\_ |
| **Descrição resumida da relação do artigo com o projeto de pesquisa desenvolvido pelo estudante (máximo 10 linhas)** |
|  |
| **Anexar:*** Cópia do artigo aceito para o qual o auxílio está sendo requisitado, destacando-se os nomes do orientador e ou egresso do Programa;
* Comprovante de aceite do artigo para o qual o auxílio está sendo solicitado;
* *Invoice* a ser paga (emitida em nome do Coordenador(a) do Programa).
 |
| Data: / / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Assinatura do docente |