|  |  |
| --- | --- |
| **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 ativo  Mês/Ano de ingresso: \_\_\_\_/\_\_\_\_\_ | ( ) Aluno egresso  Mês/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 | |