|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Ministério da Saúde**FIOCRUZ**Fundação Oswaldo CruzInstituto René Rachou – IRR/FIOCRUZ MINAS**Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva** | **SECRETARIA DE ENSINO****SOLICITAÇÃO DE AUXÍLIO FINANCEIRO** | **Nº****PROTOCOLO** |
| **CONGRESSO/SEMINÁRIO****PRAZO: Mínimo de 30 dias antes do evento** |
| **IDENTIFICAÇÃO** |
| Orientador(a): |
| Aluno(a): Mestrado ( ) Doutorado ( )  |
| E-mail: Telefone:  |
| Banco: Agência: Conta: |
| **DADOS SOBRE O EVENTO** |
| Título/ Nome: |
| Instituição Organizadora: |
| Cidade/UF: | Início: | Término: |
| **TÍTULO DO TRABALHO A SER APRESENTADO** |
|  |
| **FORMA DE APRESENTAÇÃO** |
| [ ] Pôster [ ] Comunicação Oral [ ] Conferência[ ] Tema Livre [ ] Outros \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_O Trabalho será publicado nos anais do Congresso? Discente 1º autor? [ ] Sim [ ] Não [ ] Sim [ ] Não |
| **ESPECIFICAR O AUXÍLIO SOLICITADO** |
| **Despesas** | **Especificação** |
| Diárias (máximo 5) | **Quantidade:** |
| Passagem: | **Origem:****Destino:****Data de Ida:****Data de Retorno:****Sugestão de horário de vôo – Ida: Retorno:** |
|  **ANEXAR:**[ ] Boleto bancário da inscrição[ ] Cópia do resumo do trabalho a ser apresentado[ ] Comprovante de aceitação do trabalho pela Comissão Organizadora do Evento  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data: / / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Assinatura do(a) orientador(a) Assinatura do(a) aluno(a) |
| **PARECER DO CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO** |
|  **Autorizado o pagamento de:** Diárias \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_no valor de R$\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Passagem: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  Data: Assinatura do Coordenador de Pós-Graduação  |