|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Ministério da Saúde  **FIOCRUZ**  Fundação Oswaldo Cruz  Instituto 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 | | | | | | |