|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Diagrama  Descrição gerada automaticamente | 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** |
| **TRADUÇÃO/PUBLICAÇÃO DE ARTIGO** |
| **IDENTIFICAÇÃO** |
| Orientador(a): |
| Aluno(a):  Mestrado ( ) Doutorado ( )  |
| E-mail: Telefone:  |
| **DADOS DO ARTIGO** |
| Título: |
| Quantitativo de Laudas: |
| **SERVIÇO SOLICITADO** |
| **TRADUÇÃO** |
| [ ] Português - Inglês  [ ] Português – Outra Qual língua? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[ ] Outros \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **PUBLICAÇÃO** |
| Nome da Revista:ISNN:Valor: |
|  **ANEXAR:** [ ] Comprovante de aceite do artigo na Revista  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data: / / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Assinatura do(a) orientador(a) Secretaria de Ensino |
| **PARECER DO CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO** |
|  **Autorizado o pagamento de:** Tradução \_\_\_\_\_\_ Publicação: \_\_\_\_\_  |
|  Data: Assinatura do Coordenador de Pós-Graduação   |