|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Diagrama  Descrição gerada automaticamente | 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** |
| **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 | | | |