**TEMA 4: TECNOLOGIAS INTEGRADAS PARA A SAÚDE: DA PREVENÇÃO À REABILITAÇÃO**

**Edital PrInt Health no 10/2019**

**ANEXO 3**

**Ficha de inscrição**

**1. PERSONAL INFORMATION**

|  |
| --- |
| Full Name: |

|  |  |
| --- | --- |
| Passport Number: | ORCID Number: |

**2. COMPLETE ADDRESS**

|  |
| --- |
|  |

**3. WORK PLAN**

|  |
| --- |
| Title: |

|  |  |
| --- | --- |
| Institution: | Country: |

|  |
| --- |
| Period of stay at UFSCar: |

Brief description of the activities to be developed in PPGs (seminars, short courses, training, etc.), up to 1,500 characters including space.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature of Applicant

**ANEXO 4**

**Declaration of agreement with the rules for foreign visiting professors**

I hereby declare that I am aware and accept the Regulations by CAPES for International Fellowships Abroad (CAPES Act num. 289, 28 December 2018 and related following complementing norms), especially those related to Section II – Obligations by the fellow. I shall not claim ignorance of such regulations.

In addition, I am aware that I shall be included in the CAPES Grant and Fellowship Control System (SCBA - Sistema de Controle de Bolsas e Auxílios) and that I shall justify any expenses according to rules.

Final approval of the proposal does not warrant implementation of the work plan, since this is subject to restrictions due to budget or other major cause limitations.

Execution of the work plan shall occur between \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ and \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, making a grand **total of \_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) days**.

City, Country, \_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Full Name/Signature

**ANEXO 5**

**DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA**

Declaramos para os devidos fins, que aceitaremos (o) a pesquisador (a) (**nome do pesquisador**), a desenvolver o seu plano de trabalho (**título do plano apresentado**), pelo período de (**número de dias: 15 ou 30 dias**) que está sob a responsabilidade do (a) proponente/colaborador Prof. (a) (**nome do professor**) cujo objetivo é (**breve objetivo do plano**), nos Programas de Pós-graduação (**nome completo e sigla dos PPGs - mínimo dois**).

Esta autorização está condicionada ao cumprimento do (a) professor (a) visitante aos requisitos e exigências do Projeto de Internacionalização (PRINT) para recebimento dos benefícios concedidos pela CAPES.

Cidade, \_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome/assinatura do coordenador do PPG

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome/assinatura do coordenador do PPG 2

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome/assinatura do professor proponente/colaborador

**ANEXO 8**

**RELATÓRIO DE ATIVIDADES**

Nome do Professor Visitante:

Programa de Pós-Graduação:

Nome do Docente proponente:

Breve Descritivo das Atividades Desenvolvidas na Vigência da Bolsa:

Impacto das Atividades acima descritas:

Possíveis desdobramentos futuros:

São Carlos, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome/assinatura do professor proponente

**ANEXO 9 - RECIBO**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Anexo IV  **CAPES – COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR *CNPJ 00.889.834/0001-08***  ***Endereço: SBN Quadra 02 Lote 06 Bloco L , CEP 70040-020, Brasília – DF*** |

**MODELO “A”**

PROJETO N.º

**RECIBO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Recebi da Fundação CAPES/ | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | (Nome | | do Beneficiário do Auxílio) | | | |  |  |  |
| a importância de | R$ |  |  | | ( |  |  | ),em | caráter | eventual | e | sem vínculo empregatício, a título de |
| (identificação do serviço/diária/bolsa) no período de | | | | | | | | | / / | a | / | / |
|  |  | **VALOR DA REMUNERAÇÃO** | | | | | | | | **R$** |  |  |
| **Deduções (\*)** | **** |  |  |  |  |  |  |  |  | **R$** |  |  |
|  | **** |  |  |  |  |  |  |  |  | **R$** |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  | **Líquido recebido** | | | **R$** |  |  |

* Não se aplica a diárias e sim a serviços prestados por pessoa física quando essa não possuir talonários de Nota Fiscal de Serviços. Só aplicar deduções (INSS, ISS etc.), quando for o caso.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | IDENTIFICAÇÃO DO PRESTADOR DE SERVIÇO | | | | | | | | | |
|  | Nome |  |  |  |  |  |  |  |  | CPF | |
|  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |
|  | Profissão: |  | RG / Passaporte (se estrangeiro): | | | | | | | | |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Endereço Completo: | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  | |  |  | |  |
|  |  |  | |  |  |  | |  |  | |  |
|  |  | TESTEMUNHAS (na falta dos dados de identificação do Prestador de Serviço) | | | | | | | | | |
|  | (1) Nome |  |  |  |  |  |  |  | CPF | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |
|  | Profissão: |  |  |  |  |  |  |  | RG | | |
|  | Endereço Completo: | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Assinatura | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | (2) Nome |  |  |  |  |  |  |  |  | CPF | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Profissão: |  |  |  |  |  |  |  |  | RG | |
|  | Endereço Completo: | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Assinatura | |
|  |  |  | |  |  |  | | | | |  |
|  |  | **ASSINATURAS BENEFICIÁRIO/PRESTADOR DO SERVIÇO** | | | | | | | | | |
|  | Atesto que os serviços constantes do | |  |  |  | Por ser verdade, firmo o presente recibo. | | | | | |
|  | presente recibo foram prestados. | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Em / / | . |  |  |  | ,de | de | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  | | | |  |
|  |  | Assinatura do Beneficiário do Auxílio |  |  |  |  | Assinatura do Prestador de Serviço | | | |  |

**ATENÇÃO**: Utilizar este modelo quando ocorrer pagamento de diárias, bolsas ou remuneração de serviço a pessoas físicasque não possuam talonários de Notas Fiscais de Serviços (**Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Física**).