

ANEXO I**FORMULÁRIO DE CADASTRAMENTO DE BOLSISTA**

Instituição de Ensino Superior: Universidade de Brasília	Código: 53001010
Programa: Ciências e Tecnologias em Saúde	Código: 53001010088P8
Nível: () Mestrado () Doutorado	

DADOS DO BOLSISTA		
Nome completo:		
Data de nascimento:	Sexo: () Masculino () Feminino	
Nacionalidade: () Brasileiro () Estrangeiro		
CPF:		
Se estrangeiro, visto permanente: () Sim () Não	Passaporte nº:	País:
Possui vínculo empregatício? () Sim () Não		
Se possui vínculo empregatício: Tipo de empregador () IES no país () IES no exterior () Empresa		
Empregador:		
Tipo de afastamento: () Integral () Parcial () Não informado		
Categoria Funcional: () Docente () Não docente		
Situação salarial: () C/salário () S/salário		
Tempo global de serviço: ____ anos e ____ meses em (mês/ano) ____		
Maior nível de titulação obtido:		Ano de titulação:
IES de titulação:		País:
Área de titulação: (ver tabela da CAPES)		
Banco: nº:		Agência: nº:
Conta corrente nº:		

Ingresso do bolsista no curso: (mês/ano)	Início da bolsa: (mês/ano)
Tempo concedido pela IES: (em meses)	
Duração máxima permitida pelo CNPq: ☐ Mestrado / 24 meses ☐ Doutorado / 48 meses ☐ Mudança de nível / 54 meses	

BOLSAS ANTERIORES			
Agência financiadora	Nível	Início (mês/ano)	Término (mês/ano)

Declaro reconhecer e aceitar as normas estabelecidas neste Edital, na Resolução nº 007/2023 e no regulamento do Programa de Pós-Graduação.

Referência: Processo nº
23106.074096/2025-26

SEI nº 12992540