

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.



Documento assinado eletronicamente por **Mani Indiana Funez, Coordenador(a) do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências e Tecnologias em Saúde**, em 14/08/2026, às 11:37, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento na Instrução da Reitoria 0003/2016 da Universidade de Brasília.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.unb.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **14617157** e o código CRC **BBC93E10**.

Referência: Processo nº 23106.082729/2026-51

SEI nº 14617157