



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
Coordenação de Pesquisa e Comunicação Científica
Programa de Iniciação Científica – Seleção 2021-2022

ANEXO I

FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO		
Identificação do(a) Orientador(a)		
Nome Completo (sem abreviação):		
RG:	Órgão Emissor:	UF:
CPF:	Nacionalidade:	Data de Nascimento:
Telefone Celular:	Telefone fixo:	Telefone profissional:
E-mail:		
Profissão:		
Local de lotação na SES-DF:		
Títulos Acadêmicos do(a) Orientador(a)		
(<input type="checkbox"/>) Especialização (<input type="checkbox"/>) Mestrado (<input type="checkbox"/>) Doutorado (<input type="checkbox"/>) Pós-Doutorado		
Atua como Docente em Instituição de Ensino Superior (IES)? (<input type="checkbox"/>) SIM (<input type="checkbox"/>) NÃO		
Em caso afirmativo, marque as opções correspondentes: (<input type="checkbox"/>) Graduação (<input type="checkbox"/>) Pós-Graduação <i>lato sensu</i> (<input type="checkbox"/>) Mestrado (<input type="checkbox"/>) Doutorado (<input type="checkbox"/>) ESCS (<input type="checkbox"/>) Outra(s) IES		
Produção Científica do(a) Orientador(a)		
Link do currículo Lattes:		
Participa de Grupo de Pesquisa cadastrado na Plataforma do CNPq? (<input type="checkbox"/>) SIM (<input type="checkbox"/>) NÃO		
Em caso afirmativo, escreva o nome do Grupo de Pesquisa:		
Orientou projeto de Iniciação Científica nos últimos 03(três) anos? (<input type="checkbox"/>) SIM (<input type="checkbox"/>) NÃO		
Autoria e/ou coautoria de artigo publicado em periódico nos últimos 05 (cinco) anos? (<input type="checkbox"/>) SIM (<input type="checkbox"/>) NÃO		
Em caso afirmativo, liste os artigos:		
Ano de Publicação	Título do Artigo	Nome do Periódico
Autoria e/ou coautoria de trabalho(s) apresentado(s) em eventos científicos nos últimos 05 (cinco) anos? (<input type="checkbox"/>) SIM (<input type="checkbox"/>) NÃO		
Em caso afirmativo, liste os trabalhos:		
Ano	Título do trabalho	Evento
PROJETOS INSCRITOS		
<i>(no máximo 02 projetos com até 02 estudantes cada)</i>		
PROJETO 01		
Título do Projeto:		
Este projeto pertence à pesquisa da pós-graduação stricto sensu? (<input type="checkbox"/>) SIM (<input type="checkbox"/>) NÃO		
Em caso afirmativo, diga em qual IES: (<input type="checkbox"/>) ESCS (<input type="checkbox"/>) Outra:		

Preferência de Modalidade de Bolsa para o Projeto : () IC/ESCS () PIBIC/CNPq () PIBIC-Af/CNPq
ESTUDANTES ENVOLVIDOS
Estudante 1A: () Bolsista () Voluntário

Nome Completo (sem abreviação):		
RG:	Órgão Emissor:	UF:
CPF:	Nacionalidade:	Data de Nascimento:
Telefone Celular:	Telefone fixo:	Telefone residencial:
E-mail:		
Endereço completo:		
Cidade:	CEP:	
Curso: () Enfermagem () Medicina () Outro:		
Instituição: () ESCS () ETESB () Outra:		
Matrícula nº:	Série/Semestre atual:	
Link do currículo Lattes:		
Possui Conta Bancária? () SIM () NÃO		
Em caso afirmativo, especifique: nº da Conta Corrente:		e da Agência :
Qual Banco? () Banco de Brasília-BRB () Banco do Brasil		
Plano de Trabalho do(a) estudante:		
<i>Listar as atividades que serão executadas pelo(a) estudante no referido projeto e os resultados específicos a serem alcançados por esse(a) estudante, entre eles a capacitação a ser alcançada pelo (a) estudante ao final do programa.</i>		
Atividades a serem executadas pelo estudante	Resultados específicos a serem alcançados pelo(a) estudante:	

Estudante 1B: () Bolsista () Voluntário		
Nome Completo (sem abreviação):		
RG:	Órgão Emissor:	UF:
CPF:	Nacionalidade:	Data de Nascimento:
Telefone Celular:	Telefone fixo:	Telefone residencial:
E-mail:		
Endereço completo:		
Cidade:	CEP:	
Curso: () Enfermagem () Medicina () Outro:		
Instituição: () ESCS () ETESB () Outra:		
Matrícula nº:	Série/Semestre atual:	
Link do currículo Lattes:		

Possui Conta Bancária? ()SIM ()NÃO Em caso afirmativo, especifique: nº da Conta Corrente: _____ e da Agência : _____ Qual Banco? () Banco de Brasília-BRB ()Banco do Brasil		
Plano de Trabalho do(a) estudante: <i>Listar as atividades que serão executadas pelo(a) estudante no referido projeto e os resultados específicos a serem alcançados por esse(a) estudante, entre eles a capacitação a ser alcançada pelo (a) estudante ao final do programa.</i>		
Atividades a serem executadas pelo estudante		Resultados específicos a serem alcançados pelo(a) estudante:
PROJETO 02		
Título do Projeto:		
Este projeto pertence à pesquisa da pós-graduação stricto sensu? ()SIM ()NÃO Em caso afirmativo, diga em qual IES: ()ESCS ()Outra:		
Preferência de Modalidade de Bolsa para o Projeto : () IC/ESCS () PIBIC/CNPq () PIBIC-Af/CNPq		
ESTUDANTES ENVOLVIDOS		
Estudante 2A: ()Bolsista ()Voluntário		
Nome Completo (sem abreviação):		
RG:	Órgão Emissor:	UF:
CPF:	Nacionalidade:	Data de Nascimento:
Telefone Celular:	Telefone fixo:	Telefone residencial:
E-mail:		
Endereço completo:		
Cidade:		CEP:
Curso: ()Enfermagem ()Medicina ()Outro:		
Instituição: ()ESCS ()ETESB ()Outra:		
Matrícula nº:		Série/Semestre atual:
Link do currículo Lattes:		
Possui Conta Bancária? ()SIM ()NÃO Em caso afirmativo, especifique: nº da Conta Corrente: _____ e da Agência : _____ Qual Banco? () Banco de Brasília-BRB ()Banco do Brasil		
Plano de Trabalho do(a) estudante: <i>Listar as atividades que serão executadas pelo(a) estudante no referido projeto e os resultados específicos a serem alcançados por esse(a) estudante, entre eles a capacitação a ser alcançada pelo (a) estudante ao final do programa.</i>		
Atividades a serem executadas pelo estudante		Resultados específicos a serem alcançados pelo(a) estudante:

Estudante 2B: (<input type="checkbox"/>)Bolsista (<input type="checkbox"/>)Voluntário		
Nome Completo (sem abreviação):		
RG:	Órgão Emissor:	UF:
CPF:	Nacionalidade:	Data de Nascimento:
Telefone Celular:	Telefone fixo:	Telefone residencial:
E-mail:		
Endereço completo:		
Cidade:	CEP:	
Curso: (<input type="checkbox"/>)Enfermagem (<input type="checkbox"/>)Medicina (<input type="checkbox"/>)Outro:		
Instituição: (<input type="checkbox"/>)ESCS (<input type="checkbox"/>)ETESB (<input type="checkbox"/>)Outra:		
Matrícula n°:	Série/Semestre atual:	
Link do currículo Lattes:		
Possui Conta Bancária? (<input type="checkbox"/>)SIM (<input type="checkbox"/>)NÃO		
Em caso afirmativo, especifique: n° da Conta Corrente:		e da Agência :
Qual Banco? (<input type="checkbox"/>) Banco de Brasília-BRB (<input type="checkbox"/>)Banco do Brasil		
Plano de Trabalho do(a) estudante:		
<i>Listar as atividades que serão executadas pelo(a) estudante no referido projeto e os resultados específicos a serem alcançados por esse(a) estudante, entre eles a capacitação a ser alcançada pelo (a) estudante ao final do programa.</i>		
Atividades a serem executadas pelo estudante	Resultados específicos a serem alcançados pelo(a) estudante:	

A Coordenação do PIC/ESCS poderá, a qualquer tempo, cancelar ou suspender a bolsa de pesquisa, a participação do estudante no Programa ou mesmo o Projeto de pesquisa, quando constatada infringência a qualquer das condições constantes deste Edital e das normas concernentes a esta concessão, sem prejuízo da aplicação dos dispositivos legais que disciplinam o ressarcimento dos recursos.

Orientador e Estudantes declaram que aceitam os termos deste Edital ESCS nº **XX**, de **XX/XX/2021**, e comprometem-se em cumpri-lo integralmente.

Assinatura do Orientador

Assinatura Estudante 1A

Assinatura Estudante 2A

Assinatura Estudante 1B

Assinatura Estudante 2B