

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 (ser	n abreviação):	
RG:	Órgão Emissor:	UF:
CPF:	Nacionalidade:	Data de Nascimento:
Telefone Celular:	Telefone fixo:	Telefone
		profissional:
E-mail:		
Profissão:		
Local de lotação na S	SES-DF:	
Títulos Acadêmicos	do(a) Orientador(a)	
() Especialização ()	Mestrado ()Doutorado ()Pós-Doutorado	
Atua como Docente	em Instituição de Ensino Superior (IES)? ()SIM ()NÃ	.0
Em caso afirmativo,	marque as opções correspondentes: ()Graduação ()Pós-Graduação lato
sensu () Mestrado ())Doutorado ()ESCS ()Outra(s) IES	
Produção Científica	do(a) Orientador(a)	
Link do currículo La		
Participa de Grupo d	e Pesquisa cadastrado na Plataforma do CNPq? ()SIM	()NÃO
-	escreva o nome do Grupo de Pesquisa:	
	niciação Científica nos últimos 03(três) anos? ()SIM ()NÃO
1 0	ia de artigo publicado em periódico nos últimos 05 (cir	
()SIM()NÃO		,
Em caso afirmativo,	liste os artigos:	
Ano de Publicação	Título do Artigo	Nome do Periódico
	ia de trabalho(s) apresentado(s) em eventos científicos	nos últimos 05
(cinco) anos? ()SIM		
Em caso afirmativo,		Examto
Ano	Título do trabalho	Evento
	PROJETOS INSCRITOS	
	(no máximo 02 projetos com até 02 estudantes cada)	
PROJETO 01	(1.5 minutes of projects com are of estimation carry)	
Título do Projeto:		
	à pesquisa da pós-graduação stricto sensu? ()SIM ()	NÃO
	diga em qual IES. ()ESCS ()Outra:	

Preferência de Moda	lidade de Bolsa para o Proje	to:	
() IC/ESCS() PIBIO	C/CNPq() PIBIC-Af/CNPq		
ESTUDANTES ENVOLVIDOS			
Estudante 1A: ()	Bolsista ()Voluntário		
Nome Completo (sen	n abreviação):		
RG:	Órgão Emissor:		UF:
CPF:	Nacionalidade:		Data de Nascimento:
Telefone Celular:			Telefone residencial:
E-mail:			
Endereço completo:			
Cidade:		CEP:	
Curso: ()Enfermager	m ()Medicina ()Outro:		
Instituição: ()ESCS	()ETESB()Outra:		
Matrícula nº:		Série/Semestre atual:	
Link do currículo La	ttes:		
Possui Conta Bancár	ia? ()SIM ()NÃO		
Em caso afirmativo,	especifique: nº da Conta Co	orrente: e d	a Agência :
Qual Banco? () Banco	co de Brasília-BRB ()Banco	o do Brasil	
-	que serão executadas pelo(a alcancados por esse(a) estua	lante, entre eles a capacita	
pelo (a) estudante ao			
pelo (a) estudante ao Atividades a serem estudante	final do programa.	Resultados específicos pelo(a) estudante:	a serem alcançados
Atividades a serem	final do programa.	_	a serem alcançados
Atividades a serem	final do programa.	_	a serem alcançados
Atividades a serem	final do programa.	_	a serem alcançados
Atividades a serem	final do programa.	_	a serem alcançados
Atividades a serem estudante	executadas pelo	_	a serem alcançados
Atividades a serem estudante Estudante 1B: ()	executadas pelo Bolsista ()Voluntário	_	a serem alcançados
Atividades a serem estudante Estudante 1B: () Nome Completo (ser	executadas pelo Bolsista ()Voluntário n abreviação):	_	
Atividades a serem estudante Estudante 1B: () Nome Completo (ser	executadas pelo Bolsista ()Voluntário n abreviação): Órgão Emissor:	_	UF:
Atividades a serem estudante Estudante 1B: ()I Nome Completo (sere RG: CPF:	executadas pelo Bolsista ()Voluntário n abreviação): Órgão Emissor: Nacionalidade:	_	UF: Data de Nascimento:
Atividades a serem estudante Estudante 1B: ()I Nome Completo (sen RG: CPF: Telefone Celular:	executadas pelo Bolsista ()Voluntário n abreviação): Órgão Emissor:	_	UF:
Atividades a serem estudante Estudante 1B: ()I Nome Completo (ser RG: CPF: Telefone Celular: E-mail:	executadas pelo Bolsista ()Voluntário n abreviação): Órgão Emissor: Nacionalidade:	_	UF: Data de Nascimento:
Atividades a serem estudante Estudante 1B: ()I Nome Completo (sen RG: CPF: Telefone Celular: E-mail: Endereço completo:	executadas pelo Bolsista ()Voluntário n abreviação): Órgão Emissor: Nacionalidade:	pelo(a) estudante:	UF: Data de Nascimento:
Atividades a serem estudante Estudante 1B: ()I Nome Completo (ser RG: CPF: Telefone Celular: E-mail: Endereço completo: Cidade:	Bolsista ()Voluntário n abreviação): Órgão Emissor: Nacionalidade: Telefone fixo:	_	UF: Data de Nascimento:
Atividades a serem estudante Estudante 1B: ()I Nome Completo (sen RG: CPF: Telefone Celular: E-mail: Endereço completo: Cidade: Curso: ()Enfermager	executadas pelo Bolsista ()Voluntário n abreviação): Órgão Emissor: Nacionalidade: Telefone fixo:	pelo(a) estudante:	UF: Data de Nascimento:
Atividades a serem estudante Estudante 1B: ()I Nome Completo (sen RG: CPF: Telefone Celular: E-mail: Endereço completo: Cidade: Curso: ()Enfermager Instituição: ()ESCS	executadas pelo Bolsista ()Voluntário n abreviação): Órgão Emissor: Nacionalidade: Telefone fixo:	pelo(a) estudante:	UF: Data de Nascimento:
Atividades a serem estudante Estudante 1B: ()I Nome Completo (sen RG: CPF: Telefone Celular: E-mail: Endereço completo: Cidade: Curso: ()Enfermager	Bolsista ()Voluntário n abreviação): Órgão Emissor: Nacionalidade: Telefone fixo: m ()Medicina ()Outro: ()ETESB ()Outra:	pelo(a) estudante:	UF: Data de Nascimento:

Atividades a serem estudante	executadas pelo	Resultados específicos pelo(a) estudante:	a serem alcançados
específicos a serem	do(a) estudante: que serão executadas pelo(alcançados por esse(a) estu o final do programa.	-	=
Qual Banco? () Ban	especifique: nº da Conta C nco de Brasília-BRB ()Banc		da Agência :
Possui Conta Bancá			
Link do currículo La	attes:	Sorre, Sorriestre atual.	
Matrícula nº:	o (JETESO (JOulla.	Série/Semestre atual:	
.,	em ()Medicina ()Outro: S ()ETESB ()Outra:		
Cidade:	()M 1: : ()O /	CEP:	
Endereço completo:		CER	
E-mail:			
Telefone Celular:	Telefone fixo:		Telefone residencial:
CPF:	Nacionalidade:		Data de Nascimento:
RG:	Órgão Emissor:		UF:
Nome Completo (se			
)Bolsista ()Voluntário		
	BIC/CNPq() PIBIC-Af/C		
	alidade de Bolsa para o Proj		
	e à pesquisa da pós-graduaç diga em qual IES: ()ESCS		NAU
Título do Projeto:	a à maganisa da mé d	ão atrioto como 9 (\CIM (\)	NÃO.
PROJETO 02			
		+	
Atividades a serem executadas pelo estudante		Resultados específicos a serem alcançados pelo(a) estudante:	
específicos a serem	que serão executadas pelot alcançados por esse(a) estu o final do programa.	,	· ·
Plano de Trabalho	do(a) estudante: que serão executadas pelo(a) astudanta no vafavido nv	oieto e os resultados
	nco de Brasília-BRB ()Banc	o do Brasil	
	especifique: nº da Conta C		da Agência :
Possui Conta Bancá	ria? ()SIM ()NÃO		

Estudante 2B: ()I	Bolsista ()Voluntário		
Nome Completo (sen			
RG:	Órgão Emissor:		UF:
CPF:	Nacionalidade:		Data de Nascimento:
Telefone Celular:	Telefone fixo:		Telefone residencial:
E-mail:			
Endereço completo:			
Cidade:		CEP:	
Curso: ()Enfermager	n ()Medicina ()Outro:		
Instituição: ()ESCS			
		Série/Semestre atual:	
Link do currículo Lattes:			
Possui Conta Bancári	ia? ()SIM ()NÃO		
Em caso afirmativo, especifique: nº da Conta Corrente: e da Agência:			a Agência :
Qual Banco? () Banco de Brasília-BRB ()Banco do Brasil			
Plano de Trabalho o	do(a) estudante:		
	que serão executadas pelo(a)	estudante no referido pro	jeto e os resultados
específicos a serem a	lcançados por esse(a) estud	ante, entre eles a capacitaç	ção a ser alcançada
pelo (a) estudante ao	final do programa.		
-			
Atividades a serem	executadas pelo	Resultados específicos	a serem alcançados
estudante	-	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.

	Assinatura do Orientador
Assinatura Estudante 1A	Assinatura Estudante 2A

XX/XX/2021, e comprometem-se em cumpri-lo integralmente.

Assinatura Estudante 1B

Orientador e Estudantes declaram que aceitam os termos deste Edital ESCS nº XX, de

Assinatura Estudante 2B