

Universidade Estadual da Paraíba

Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa

**R E Q U E R I M E N T O G E R A L**

| **DESTINO: PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA** |
| --- |

1. **Dados Pessoais e Bancários**

| **NOME** | | |
| --- | --- | --- |
| **CPF** | **RG** | **ÓRGÃO EXP.:** |

| **RUA:** | | | | **Nº** | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **COMPLEMENTO:** | | | **BAIRRO:** | | |
| **CEP:** | **CIDADE:** | | | | **UF:** |
| **CELULAR: ( )** | | **E-MAIL:** | | | |

| **REQUERIMENTO:**  Exemplo:  Solicito **ajuda de custo** para inscrição (ou **diárias**, se o evento for presencial) no evento X que ocorrerá em formato remoto/ presencial, no período de 01 a 05 de julho de 2024. Inscrição: R$  **Dados bancários**  Banco:  Código do banco:  Agência:  Conta-corrente: | |
| --- | --- |
| **EM, \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/**\_\_\_\_\_\_ | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **REQUERENTE** |

1. **Anexos** (enviar em um único documento no formato pdf):

(Apenas nos casos de inscrição/ diárias para participação e apresentação de trabalho científico em evento)

**2.1 Carta(s) de aceite;**

**2.2 Resumo(s) do(s) trabalho(s).**