**SOLICITAÇÃO DE ABERTURA DE PROCESSO – PAGAMENTO DE BOLSAS DE ASSISTÊNCIA ESTUDANTIL OU PESQUISADOR**

**Cód CONARQ: 052.22**

Venho por meio desta solicitar a abertura de processo administrativo para pagamento de futuras bolsas de assistência estudantil ou Pesquisador de acordo com as informações contidas na tabela abaixo:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Denominação** | |  | | | | | | | |
| **Campus** | |  | | | | | | | |
| **Responsável** | |  | | | | | | | |
| **Cargo/ Função** | |  | | | | | **Mat. SIAPE** | |  |
| **Descritivo Geral do Programa/Projeto** | |  | | | | | | | |
| **Justificativa** | |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **Informações Orçamentárias** | | | | | | | | | |
| **Termo de Cooperação** | | |  | **SIM** |  | **NÃO** | | **Número da Nota de Crédito** | |
| **UG Repassadora** | | |  | | | | |  | |
| OBS: Preencher todos os campos acima **apenas** em caso de Termo de Cooperação. | | | | | | | | | |
| **Valor Estimado** |  | | | | | | | | |
| **Informações Complementares** |  | | | | | | | | |

Rio de Janeiro, \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Nome completo do Responsável pelo Programa/Projeto