



INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO CEARÁ
Rua Jorge Dumar, 1703 - Bairro Jardim América - CEP 60410-426 - Fortaleza - CE - www.ifce.edu.br

CARTA DE ANUÊNCIA

Processo: 23255.003195/2024-39

Interessado: Pró-Reitoria de Pesquisa, Pós-Graduação e Inovação

MODELO DE CARTA DE ANUÊNCIA

Eu, _____ Diretor(a) Geral do Campus _____ dou ciência a submissão da proposta do Gestão de Pesquisa do Campus _____ para o envio de proposta de apoio para participação de estudantes através do Edital EDITAL N° 15/2024 PRPI/REITORIA-IFCE - **APOIO À PARTICIPAÇÃO EM EVENTOS CIENTÍFICOS E CONNEPI**

Estou ciente que os recursos do edital são destinados exclusivamente para estudantes regularmente matriculados e são limitados aos valores máximos estabelecidos no item 7.5 do referido edital.

Declaro ainda que o Campus ao receber os recursos descentralizados pela PRPI providenciará os procedimentos para pagamento aos estudantes e plena execução dos recursos recebidos, bem como o apoio a organização dos estudantes do campus junto a PRPI.

Local, data

Assinatura do Diretor(a) Geral do campus



Documento assinado eletronicamente por **Joelia Marques de Carvalho, Pró-Reitora de Pesquisa, Pós-graduação e Inovação**, em 10/06/2024, às 10:37, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade do documento pode ser conferida no site https://sei.ifce.edu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0 informando o código verificador **6205071** e o código CRC **29B708E6**.



INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO CEARÁ
Rua Jorge Dumar, 1703 - Bairro Jardim América - CEP 60410-426 - Fortaleza - CE - www.ifce.edu.br

ANEXO

Processo: 23255.003195/2024-39

Interessado: Pró-Reitoria de Pesquisa, Pós-Graduação e Inovação

DADOS CADASTRAIS E INFORMAÇÕES MÉDICAS - SERVIDOR

DADOS PESSOAIS DO PROFESSOR(A) ORIENTADOR(A):

Nome completo:

CPF: RG:

Sexo:

Endereço Completo:

Telefone Residencial: () Telefone Celular: ()

E-mail:

Nome da escola:

INFORMAÇÕES SOBRE SAÚDE

Tem acompanhamento médico ou psicológico? Sim () Não ()

Motivo:

Tem restrição a alguma atividade física? Sim () Não () Qual?

Possui alguma alergia? Sim () Não () Quais?

É alérgico a algum medicamento? Sim () Não () Quais?

Faz uso contínuo de algum medicamento? Sim () Não ()

Quais? Já fez alguma cirurgia? Sim () Não () Quais?

Apresenta algum distúrbio? Sim () Não () Qual?

Em caso de distúrbios, listar instruções, procedimentos, medicamentos e horários.

Tem todas as vacinas válidas? Sim () Não ()

Observações:

Data:

Assinatura do responsável:



Documento assinado eletronicamente por **Joelia Marques de Carvalho, Pró-Reitora de Pesquisa, Pós-graduação e Inovação**, em 10/06/2024, às 10:34, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade do documento pode ser conferida no site https://sei.ifce.edu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0 informando o código verificador **6205105** e o código CRC **7178A206**.



INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO CEARÁ
Rua Jorge Dumar, 1703 - Bairro Jardim América - CEP 60410-426 - Fortaleza - CE - www.ifce.edu.br

ANEXO

Processo: 23255.003195/2024-39

Interessado: Pró-Reitoria de Pesquisa, Pós-Graduação e Inovação

DADOS CADASTRAIS E INFORMAÇÕES MÉDICAS - SERVIDOR

DADOS PESSOAIS DO PROFESSOR(A) ORIENTADOR(A):

Nome completo:

CPF: RG:

Sexo:

Endereço Completo:

Telefone Residencial: () Telefone Celular: ()

E-mail:

Nome da escola:

INFORMAÇÕES SOBRE SAÚDE

Tem acompanhamento médico ou psicológico? Sim () Não ()

Motivo:

Tem restrição a alguma atividade física? Sim () Não () Qual?

Possui alguma alergia? Sim () Não () Quais?

É alérgico a algum medicamento? Sim () Não () Quais?

Faz uso contínuo de algum medicamento? Sim () Não ()

Quais? Já fez alguma cirurgia? Sim () Não () Quais?

Apresenta algum distúrbio? Sim () Não () Qual?

Em caso de distúrbios, listar instruções, procedimentos, medicamentos e horários.

Tem todas as vacinas válidas? Sim () Não ()

Observações:

Data:

Assinatura do responsável:



Documento assinado eletronicamente por **Joelia Marques de Carvalho, Pró-Reitora de Pesquisa, Pós-graduação e Inovação**, em 10/06/2024, às 10:34, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade do documento pode ser conferida no site https://sei.ifce.edu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0 informando o código verificador **6205105** e o código CRC **7178A206**.



INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO CEARÁ
Rua Jorge Dumar, 1703 - Bairro Jardim América - CEP 60410-426 - Fortaleza - CE - www.ifce.edu.br

ANEXO

Processo: 23255.003195/2024-39

Interessado: Pró-Reitoria de Pesquisa, Pós-Graduação e Inovação

DADOS CADASTRAIS E INFORMAÇÕES MÉDICAS DO/A ESTUDANTE

Nome completo:

CPF: RG: Sexo:

Endereço Completo:

Telefone Residencial: () Telefone Celular: ()

E-mail:

Nome da escola:

Nome do Pai/Mãe ou Responsável Legal:

Telefone Residencial: () Telefone Celular: ()

E-mail:

INFORMAÇÕES SOBRE SAÚDE

Tem acompanhamento médico ou psicológico? Sim () Não ()

Motivo:

Tem restrição a alguma atividade física? Sim () Não () Qual?

Possui alguma alergia? Sim () Não () Quais?

É alérgico a algum medicamento? Sim () Não () Quais?

Faz uso contínuo de algum medicamento? Sim () Não ()

Quais? Já fez alguma cirurgia? Sim () Não () Quais?

Apresenta algum distúrbio? Sim () Não () Qual?

Em caso de distúrbios, listar instruções, procedimentos, medicamentos e horários.

Tem todas as vacinas válidas? Sim () Não ()

Observações:

Data:

Assinatura do responsável:



Documento assinado eletronicamente por **Joelia Marques de Carvalho, Pró-Reitora de Pesquisa, Pós-graduação e Inovação**, em 10/06/2024, às 10:31, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade do documento pode ser conferida no site https://sei.ifce.edu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0 informando o código verificador **6205084** e o código CRC **7F20D536**.



INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO CEARÁ
Rua Jorge Dumar, 1703 - Bairro Jardim América - CEP 60410-426 - Fortaleza - CE - www.ifce.edu.br

DECLARAÇÃO

CONFIRMAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO PRESENCIAL EM EVENTO CIENTÍFICO

Declaro que o(a) estudante _____, orientado(a)s pelo professor(a) _____, do campus _____ do IFCE, classificado(a) para o Evento _____, confirma participação no evento, que será realizado, nos dias _____ de _____ de 20__, no _____, da Instituição _____, cidade de _____, Estado _____ e que o mesmo possui os recursos financeiros complementares necessários á sua participação.

Assinatura do Diretor(a) Geral: _____



Documento assinado eletronicamente por **Joelia Marques de Carvalho, Pró-Reitora de Pesquisa, Pós-graduação e Inovação**, em 10/06/2024, às 10:39, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade do documento pode ser conferida no site https://sei.ifce.edu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0 informando o código verificador **6205079** e o código CRC **3FAEAE0C**.



INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO CEARÁ
Rua Jorge Dumar, 1703 - Bairro Jardim América - CEP 60410-426 - Fortaleza - CE - www.ifce.edu.br

ANEXO

Processo: 23255.003195/2024-39

Interessado: Pró-Reitoria de Pesquisa, Pós-Graduação e Inovação

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE VIAGEM E USO DE IMAGEM CRIANÇA E ADOLESCENTE

Neste ato, eu, _____ Brasileiro (a),
_____(estado civil), Portador (a) da Cédula de Identidade/RG N° _____ -
_____(órgão expedidor), Inscrito (a) no CPF N° _____, residente e domiciliado na Avenida/Rua
_____, N° _____
Bairro _____, Cidade _____
_____, Estado _____; RESPONSÁVEL pelo(a) menor
_____, Inscrito (a) no CPF
N° _____,

AUTORIZO o/a estudante acima identificado a viajar acompanhado de um(a) servidor(a) do Instituto Federal do Ceará - IFCE, à cidade de _____, no estado _____, para participar do Evento _____, que será realizada, nos dias _____ de _____ de 20____, na instituição _____.

A presente autorização é concedida a título gratuito, abrangendo o uso de texto e imagem do(a) menor acima identificado(a) em todo território nacional e no exterior, sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos conexos à imagem e texto ou a qualquer outro do(a) menor por mim representado neste ato.

Local/Data: _____, _____ de _____ de _____

(Assinatura)



Documento assinado eletronicamente por **Joelia Marques de Carvalho, Pró-Reitora de Pesquisa, Pós-graduação e Inovação**, em 10/06/2024, às 10:32, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade do documento pode ser conferida no site https://sei.ifce.edu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0 informando o código verificador **6205091** e o código CRC **8C44359C**.
