|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **PAP-UA – SERVIÇOS DE ANÁLISES DE AMOSTRAS** | | | | |
| **Pesquisador**: |  | | | |
| **CPF:** |  | | | |
| **Dados bancários:** | Banco: | Agência: | | Conta: |
| **Unidade Acadêmica:** |  | | | |
| **Projeto de pesquisa**: (vigente e cadastrado na COPQ) |  | | | |
| **ORÇAMENTOS** | **Empresa/Instituição** | | **Valor** | |
| **Orçamento 1**(escolhido)**:** |  | |  | |
| **Orçamento 2:** |  | |  | |
| **Orçamento 3:** |  | |  | |
| **Descrição sucinta sobre a relevância das análises e resultados esperados:** |  | | | |
| Declaro estar ciente das normas referentes ao Programa de Apoio à Pesquisa (PAP-UA), sobretudo as referentes a impedimentos de afastamentos e à utilização do recurso, bem como de minha responsabilidade quanto à prestação de contas. | | | | |
| **AUTORIZAÇÃO DA DIREÇÃO DA UNIDADE ACADÊMICA** | | | | |
| Data: --/--/----. Assinatura e nome completo abaixo: | | | | |

Todos os campos são de preenchimento obrigatório.

Dourados, MS. -- de ----------- de ----.

PREENCHA SEU NOME AQUI E ASSINE ACIMA