



FORMULÁRIO DE CADASTRO DO PARTICIPANTE

PET-TECH-SUS – UNIFAL-MG

Sistema de Informações Gerenciais do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
(SIG-PET InfoSD)

1. Dados Pessoais

Perfil do participante: () Coordenador Tutor () Tutor () Estudante () Preceptor ()

Orientador de Serviço

Aluno regular: () Sim () Não

Curso: () Enfermagem () Farmácia () Fisioterapia () Medicina () Nutrição
() Ciências da Computação () Administração () Ciências Econômicas
() Ciências Contábeis () Ciências Atuariais

Grupo de Aprendizagem Tutorial: () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7

Nome completo: _____

CPF: _____

Data de nascimento: _____

Nome da mãe: _____

Identidade de gênero: _____

Orientação sexual: _____

Autodescrição (cor/raça ou descrição física): _____

Você é pessoa com deficiência? () Sim () Não

2. Dados de Contato

Telefone: _____

E-mail: _____

Endereço completo: _____

3. Dados Bancários

Número do Banco (Bradesco / Santander/ Brasil/ Caixa Econômica): _____

Agência: _____

Conta Corrente: _____

Comprovante Bancário: (Anexar arquivo em PDF)

Para comprovar os dados bancários (Banco, Agência, Conta Corrente) solicitados no formulário do PET-TECHSUS, o(a) participante deve apresentar um dos seguintes documentos em formato PDF:

- Extrato bancário (pode ser um print ou PDF emitido via app do banco, com o nome do titular visível); ou
- Comprovante de abertura de conta emitido pelo banco; ou
- Cartão do banco (frente, com dados visíveis — atenção: cobrir o número do cartão, se houver); ou
- Declaração emitida pelo banco com carimbo e assinatura, contendo as informações da conta; ou
- Print da tela do internet banking com os dados da conta e nome do titular.

*Participante aprovados nos Grupos de Aprendizagem Tutorial 1 e 2, assinalam o Eixo de atuação 1

*Participante aprovados nos Grupos de Aprendizagem Tutorial 3, 4 e 5, assinalam o Eixo de atuação 2

*Participante aprovados nos Grupos de Aprendizagem Tutorial 6 e 7, assinalam o Eixo de atuação 3



4. Eixo de Atuação*

- 1. Cultura de Saúde Digital
- 2. Desenvolvimento Tecnológico e Soluções Digitais no SUS
- 3. Interoperabilidade, Análise e Disseminação de Dados em Saúde

5. DECLARAÇÕES

- Declaro estar ciente de que a bolsa não é cumulativa com outras do tipo PET ou de monitoria/orientação/iniciação científica.
- Declaro estar ciente das obrigações constantes no Edital Conjunto SEIDIGI/SGTES-MS nº 1/2025.

Declaro que as informações prestadas são verdadeiras e que autorizo seu uso para fins exclusivos de gestão do programa e pagamento da bolsa, conforme a LGPD.

Alfenas, _____ de _____ de 2025.

Assinatura do(a) participante: _____

*Participante aprovados nos Grupos de Aprendizagem Tutorial 1 e 2, assinalam o Eixo de atuação 1

*Participante aprovados nos Grupos de Aprendizagem Tutorial 3, 4 e 5, assinalam o Eixo de atuação 2

*Participante aprovados nos Grupos de Aprendizagem Tutorial 6 e 7, assinalam o Eixo de atuação 3