PROCESSO DE INEXIGIBILIDADE DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 04/2019
“UK ACADEMIES - RESEARCH MOBILITY” (COOPERAÇÃO FUNDO NEWTON / CONFAP / ARAUCÁRIA)

# ****Anexo I - Roteiro Descritivo da Proposta****

1. IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

|  |  |
| --- | --- |
| ***Nome*** |  |
| ***Sigla da IES*** |  |
| ***Coordenador*** |  |
| ***E-mail*** |  |
| ***Telefones*** |  |

2. DADOS DA EQUIPE DO PROJETO

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Nome*** | ***CPF*** | ***Instituição*** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

3. PLANO DE METAS E ETAPAS

*Descrever a(s) meta(s) e elementos que compõem o projeto (conforme tabela abaixo), contemplando a descrição, unidade de medida e quantidade, além das etapas/fases, ações em que se pode dividir a execução de uma meta, indicando o período de realização e valor previsto para a mesma. Não existe limitação para a quantidade de metas, no entanto, cada meta deve conter pelo menos uma etapa/fase.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **META nº:** |  | **Descrição da meta:** |  |
| **Unidade de medida:** |  | **Quantidade:** |  |
| **Etapa/Fase nº:** |  | **Valor Previsto:** |  |
| **Descrição da Etapa/Fase:** |  |
| **Período de realização:**  | Início: / / - Término: / /  |

4. DESPESAS

| ***Item de despesa*** | ***Qtde.*** | ***Valor Unit. (R$)*** | ***Valor Total (R$)*** |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Bolsa*** | ***Pesquisador Visitante (de 16 dias até 3 meses)*** |  | 7.000,00/mês |  |
| ***Passagem*** | ***aérea nacional*** |  |  |  |
| ***aérea internacional*** |  |  |  |
| ***terrestre*** |  |  |  |
| ***Alimentação******pesquisador visitante\*\**** | ***Capital estadual*** |  | 69,00 |  |
| ***Demais Municípios*** |  | 54,00 |  |
| ***Hospedagem pesquisador visitante\*\**** | ***Capital estadual*** |  | 161,00 |  |
| ***Demais Municípios*** |  |  126,00 |  |
| ***Serviços de terceiros*** | ***Seguro saúde*** |  | 2.500,00 |  |
| ***Total\**** |  |  |  |

*\* Valores baseados no Decreto 3498/2004. \*\* Hospedagem e alimentação por até 15 dias consecutivos, de acordo com os valores-limites estipulados pela Fundação Araucária (Ato da Diretoria Executiva 35/2013).*

5. TERMO DE COMPROMISSO

|  |
| --- |
| Local e data: |
| *Declaro expressamente conhecer e concordar, para todos os efeitos legais, com as normas gerais para concessão de auxilio pela Fundação Araucária.* | *Declaro que a presente proposta está de acordo com os objetivos científicos e tecnológicos desta Instituição.* |
| ***Nome e assinatura do Coordenador da proposta*** | ***Nome, assinatura e carimbo do Responsável pela instituição ou representante*** |