**ANEXO I**

**FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE APOIO**

|  |  |
| --- | --- |
| **FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO E CONCESSÃO DE APOIO FINANCEIRO A PROJETO** | |
| **TIPO:**  ( ) PESQUISA  ( ) EXTENSÃO  ( ) INOVAÇÃO | **EDITAL****:** |
| **TÍTULO:** | |
| **OBJETIVO DO PROJETO:** | |
| **RESUMO DO PROJETO:** | |
| **JUSTIFICATIVA PARA IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO:** | |
| POSSUI OUTRO AUXÍLIO NO IFSP  Não  Sim | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1 – DADOS DO COORDENADOR RESPONSÁVEL/BENEFICIÁRIO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CPF: | | | | NOME COMPLETO (sem abreviaturas): | | | | | | | | | | | | | | |
| DATA DE NASCIMENTO:  DD/MM/AAAA | | | SEXO  M  F | | | IDENTIDADE (RG): | | | | | | ÓRGÃO EMISSOR: | | | UF: | | | DATA DE EMISSÃO:  DD/MM/AAAA |
| NACIONALIDADE:  Brasileiro Estrangeiro | | | PAÍS (se estrangeiro): | | | | | | | | N º DO PASSAPORTE (se estrangeiro): | | | | | | | VALIDADE (se estrangeiro):  DD/MM/AAAA |
| ENDEREÇO RESIDENCIAL (logradouro): | | | | | | | | | | | | | | | | BAIRRO: | | |
| CEP: | CIDADE: | | | | | | | UF: | DDD: | FONE: | | | E-MAIL: | | | | | |
| **1.1 – FORMAÇÃO ACADÊMICA/ TITULAÇÃO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TÍTULO DE MAIS ALTO NÍVEL OBTIDO: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ÁREA/SUBÁREA: | | PAÍS: | | | | | | | | ANO INÍCIO: | | | | | ANO CONCLUSÃO: | | | |
| INSTITUIÇÃO: | | | | | | | | | | | | | | | | | SIGLA: | |
| **1.2 – ATUAÇÃO PROFISSIONAL / LOCAL DE TRABALHO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| UNIDADE (Campus): | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CARGO EFETIVO: | | | | | CARGO COMISSIONADO: | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **3 – PLANO DE APLICAÇÃO (PREENCHER COM VALOR TOTAL PREVISTO/APROVADO PARA O PROJETO)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **GRUPO/TIPO DE DESPESA** | | | | | | | **VALOR SOLICITADO (R$)** | | | | | | | **VALOR APROVADO PELO IFSULDEMINAS (preenchido pelo IFSULDEMINAS)** | | | | |
| **RESUMO DE DESPESAS DE CUSTEIO** | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | |
| Material de Consumo | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | |
| Outros Serviços Pessoa Física | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | |
| Outros Serviços Pessoa Jurídica | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | |
| **TOTAL CUSTEIO** | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | |
| **RESUMO DE DESPESAS DE CAPITAL** | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | |
| Equipamentos e Material Permanente | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | |
| **TOTAL GERAL** | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | |

\* Preencher Anexo II com as Despesas de Custeio e Capital detalhadas e Justificativas.

|  |
| --- |
| **4. DECLARAÇÃO** |
| Ao enviar este documento ao Câmpus Avaré do IFSP, o BENEFICIÁRIO DECLARA FORMALMENTE:   1. Conhecer o Regulamento que disciplina as condições gerais que regem o presente Termo; 2. Subscrever e concordar integralmente com o Regulamento do Cartão Pesquisador no IFSP; 3. Saber que os recursos serão liberados pelo IFSP em função de suas disponibilidades orçamentárias e financeiras; 4. Que o Cartão Pesquisador se destina específica e exclusivamente para gerir os recursos para execução do projeto aprovado; 5. Que os rendimentos das aplicações financeiras serão obrigatoriamente aplicados no objeto do Termo, estando sujeitos às mesmas condições de prestação de contas exigidas para os recursos transferidos. 6. Que deverá utilizar os recursos de acordo com o estabelecido no Plano de Aplicação aprovado pelo IFSP e dentro do prazo de vigência do mesmo; 7. Que nos casos em que houver remanejamento no mesmo grupo de despesa deverá ser encaminhado novo Plano de Aplicação, justificando as alterações propostas, e a despesa só poderá ocorrer após aprovação e comunicação formal do IFSP; 8. Que cumpre a exigência do Regulamento da Concessão do Auxílio Financeiro a Projetos. 9. Que tem ciência de que esta declaração é feita sob pena da incidência dos artigos 297-299 do Código Penal Brasileiro sobre a falsificação de documento público e falsidade ideológica, respectivamente.   A assinatura deste documento se dará de forma digital no momento da submissão da proposta. |

Avaré, XX de XXXXXX de 2019.

**ANEXO II - A**

**PLANILHA DE CUSTOS E ORÇAMENTOS**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO E PROPONENTE** | | | | | | | | | |
| **Coordenador:** | |  | | | | **Processo:** | |  | |
| **Título do Projeto:** | |  | | | | **Edital:** | | AVR 1/2019 | |
|  | | | | | | | | | |
| **NO QUE IREI GASTAR?**  Explicite quais recursos materiais e financeiros serão necessários para a realização do trabalho. Os solicitantes devem atentar para solicitar os materiais de consumo disponíveis no Câmpus antes de solicitar recursos para sua aquisição. | | | | | | | | | |
| **DESPESAS DE CUSTEIO (MATERIAL DE CONSUMO)** | | | | | | | | | |
| **Item** | **Descrição detalhada** | | **Quant.** | **Unidade** | **Valor Unit. (R$)** | | **Frete (R$)** | | **Valor Total (R$)** |
| 1 |  | |  |  |  | |  | |  |
| 2 |  | |  |  |  | |  | |  |
| 3 |  | |  |  |  | |  | |  |
| ... |  | |  |  |  | |  | |  |
| **TOTAL DE CUSTEIO (R$)** | | | | | | | | | **R$ 0,00** |
| **DESPESAS DE CAPITAL (EQUIPAMENTOS/MATERIAL PERMANENTE)** | | | | | | | | | |
| **Item** | **Descrição detalhada** | | **Quant.** | **Unidade** | **Valor Unit. (R$)** | | **Frete (R$)** | | **Valor Total (R$)** |
| 1 |  | |  |  |  | |  | |  |
| 2 |  | |  |  |  | |  | |  |
| 3 |  | |  |  |  | |  | |  |
| ... |  | |  |  |  | |  | |  |
| **TOTAL DE CAPITAL (R$)** | | | | | | | | | **R$ 0,00** |

\* A Natureza das Despesas (custeio ou capital) deve ser preenchida de acordo com o Manual de Classificação de Despesas. Em caso de dúvida consultar o setor financeiro do Câmpus de atuação.

Avaré, XX de setembro de 2019.

**ANEXO II - B**

**ORÇAMENTO - JUSTIFICATIVA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO E PROPONENTE** | | | | |
| **Coordenador:** | |  | **Processo:** |  |
| **Título do Projeto:** | |  | **Edital:** | AVR 1/2019 |
|  | | | | |
| **JUSTIFICATIVA**  Explicite a utilização do recurso material e serviços necessários à realização do projeto, justificando a necessidade de cada item e quantidade solicitados. | | | | |
| **Item** | **Justificativa** | | | |
| **DESPESAS DE CUSTEIO (MATERIAL DE CONSUMO)** | | | | |
| 1 |  | | | |
| 2 |  | | | |
| 3 |  | | | |
| ... |  | | | |
| **DESPESAS DE CAPITAL (EQUIPAMENTOS/MATERIAL PERMANENTE)** | | | | |
| 1 |  | | | |
| 2 |  | | | |
| 3 |  | | | |
| ... |  | | | |

\* Os orçamentos deverão estar dispostos em anexo na mesma ordem das justificativas;

\*\* Em cada orçamento deverá constar: a) Razão social e CNPJ da empresa / CPF fornecedor; b) Quantidade;   
c) unidade; d) Descrição do serviço/equipamento; e) Data da cotação; f) Valor, unitário e total.

\*\*\* Junto a este formulário devem ser enviados também os Orçamentos Recebidos em formato .pdf.

\*\*\*\* A quantidade de orçamentos deverá obedecer o item 4.1 do Edital.

Avaré, XX de setembro de 2019.

**ANEXO III**

**CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO E PROPONENTE** | | | | | | | | |
| **Coordenador:** | |  | | | | | **Processo:** |  |
| **Título do Projeto:** | |  | | | | | **Edital:** | AVR 1/2019 |
|  | | | | | | | | |
| **DESPESAS DE CUSTEIO (MATERIAL DE CONSUMO)** | | | | | | | | |
| **Item** | **Mês 1** | | **Mês 2** | **Mês 3** | **Mês 4** | **Mês 5** | | **Valor em R$** |
| 1 |  | |  |  |  |  | |  |
| 2 |  | |  |  |  |  | |  |
| 3 |  | |  |  |  |  | |  |
| ... |  | |  |  |  |  | |  |
| **TOTAL DE CUSTEIO (R$)** | | | | | | | | **R$ 0,00** |
| **DESPESAS DE CAPITAL (EQUIPAMENTOS/MATERIAL PERMANENTE)** | | | | | | | | |
| **Item** | **Mês 1** | | **Mês 2** | **Mês 3** | **Mês 4** | **Mês 5** | | **Valor em R$** |
| 1 |  | |  |  |  |  | |  |
| 2 |  | |  |  |  |  | |  |
| 3 |  | |  |  |  |  | |  |
| ... |  | |  |  |  |  | |  |
| **TOTAL DE CAPITAL (R$)** | | | | | | | | **R$ 0,00** |

\* Os valores finais devem ser exatamente aqueles indicados na Planilha de Custos.

\*\* Preencher com o valor final de cada item com previsão de desembolso (acrescentar o valor do frete quando necessário).

Avaré, XX de setembro de 2019.

**ANEXO IV**

**TERMO DE RESPONSABILIDADE**

**TERMO DE ACEITAÇÃO DE APOIO FINANCEIRO CARTÃO PESQUISADOR BB**

Edital:

Título do Projeto:

Unidade de Lotação: Câmpus Avaré do IFSP

Eu, **NOME COMPLETO DO COORDENADOR DO PROJETO**, CPF Nº (ou PASSAPORTE, se estrangeiro) **XXX.XXX.XXX-XX** declaro conhecer, concordar e atender integralmente às exigências do Edital e Chamada especificada e ao Regulamento de Utilização Cartão BB Pesquisa / Cartão Pesquisador no IFSP que regem a concessão dos recursos especificados abaixo:

CUSTEIO: R$

CAPITAL: R$

VALOR TOTAL: R$

Tenho ciência:

a) de que o prazo para utilização dos recursos financeiros começa a vigorar a partir da data da assinatura deste Termo de Aceitação, pelo período constante no Edital correspondente; e

b) das disposições legais e procedimentos para a adequada utilização de recursos financeiros e a correta prestação de contas (Regulamento para Utilização do Cartão Pesquisador no IFSP e Prestação de Contas).

Declaro ainda que li e aceitei integralmente os termos deste documento, comprometendo-me a cumpri-los fielmente, não podendo, em nenhuma hipótese, deles alegar desconhecimento.

( ) Aceito ( ) Não Aceito

Avaré, XX de setembro de 2019.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(NOME DO PESQUISADOR)

CPF

**ANEXO V**

**FORMULÁRIO DE PRESTAÇÃO DE CONTAS**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO E PROPONENTE** | | | | | | | | | | | |
| **Coordenador:** | | |  | | | | | **Processo:** | |  | |
| **Título do Projeto:** | | |  | | | | | **Edital:** | | AVR 1/2019 | |
|  | |  | | | | | | | | | |
| **NO QUE O RECURSO FOI GASTO?**  Explicite os itens comprados e serviços contratados durante a realização do projeto. | | | | | | | | | | | |
| **DESPESAS DE CUSTEIO (MATERIAL DE CONSUMO)** | | | | | | | | | | | |
| **Item** | **Descrição** | | | **Nota Fiscal** | **Quant.** | **Unidade** | **V. Unit. (R$)** | | **Frete (R$)** | | **Valor Total (R$)** |
| 1 |  | | |  |  |  |  | |  | |  |
| 2 |  | | |  |  |  |  | |  | |  |
| 3 |  | | |  |  |  |  | |  | |  |
| ... |  | | |  |  |  |  | |  | |  |
| **TOTAL DE CUSTEIO (R$)** | | | | | | | | | | | **R$ 0,00** |
| **DESPESAS DE CAPITAL (EQUIPAMENTOS/MATERIAL PERMANENTE)** | | | | | | | | | | | |
| **Item** | **Descrição** | | | **Nota Fiscal** | **Quant.** | **Unidade** | **V. Unit. (R$)** | | **Frete (R$)** | | **Valor Total (R$)** |
| 1 |  | | |  |  |  |  | |  | |  |
| 2 |  | | |  |  |  |  | |  | |  |
| 3 |  | | |  |  |  |  | |  | |  |
| ... |  | | |  |  |  |  | |  | |  |
| **TOTAL DE CAPITAL (R$)** | | | | | | | | | | | **R$ 0,00** |

\* Em caso de aquisição de item/serviço por inexigibilidade, justificar na aba da planilha em anexo (JUSTIFICATIVA DE COMPRA).

\*\* Ordenar os comprovantes por ordem crescente de emissão.

Avaré, XX de setembro de 2019.

**ANEXO VI**

**SOLICITAÇÃO DE ALTERAÇÃO NAS AQUISIÇÕES**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO E PROPONENTE** | | | | |
| **Coordenador:** | |  | **Processo:** |  |
| **Título do Projeto:** | |  | **Edital:** | AVR 1/2019 |
|  |  | | | |
| **SOLICITAÇÃO** | | | | |
| **Alterações de Projeto:** (Explique detalhadamente o que será alterado no projeto, quais itens serão removidos, acrescentados ou terão as quantidades alteradas) | | | | |
|  |  | | | |
| **IMPACTO FINANCEIRO** | | | | |
| (Qual o impacto financeiro da alteração no projeto? Será necessário acréscimo de recurso? Caso necessário, há recurso disponível?) | | | | |
|  |  | | | |
| **JUSTIFICATIVA** | | | | |
| (justifique o motivo da alteração do projeto) | | | | |

\* Inserir orçamento/cotação do(s) item(ns) acrescentado(s) (A quantidade de orçamentos deverá obedecer o item 4.1 do Edital).

\*\* Caso haja mais de 02 (duas) alterações, enviar Planilha de Custos e Orçamentos atualizada.

\*\*\* A alteração só será possível mediante aprovação da Coordenadoria de Extensão/Comitê de Extensão.

\*\*\*\* A avaliação da solicitação será feita em até 15 dias uteis da data de recebimento.

|  |  |
| --- | --- |
| **RESULTADO DA CONSULTA E ASSINATURAS** | |
| Pede e aguarda deferimento,  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Coordenador(a) do Projeto  Data: | ( ) Deferido ( ) Indeferido  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Coordenador(a) de Extensão  Data: |

**Observações:**