

**CHAMADA PÚBLICA 09/2020****Ação de Extensão de prevenção ao Novo Coronavírus  
PROGRAMA DE APOIO INSTITUCIONAL PARA AÇÕES EXTENSIONISTAS DE PREVENÇÃO,  
CUIDADOS E COMBATE À PANDEMIA DO NOVO CORONAVIRUS****ANEXO II – TERMO DE CIÊNCIA E RESPONSABILIDADE DO BOLSISTA****1. IDENTIFICAÇÃO****(Individual)**

<i>Nome do Bolsista</i>	
<i>E-mail e telefones do Bolsista</i>	
<i>Nome do Coordenador Institucional</i>	Adriane de Castro Martinez

**2. TERMO DE CIÊNCIA**

Pelo presente termo, o Bolsista, abaixo assinado, DECLARA ciência de todo o teor da Chamada Pública 09/2020, Programa de Apoio Institucional para Ações Extensionistas de Prevenção, Cuidados e Combate à Pandemia do Coronavírus, bem como de todas as obrigações enquanto bolsista de extensão da Fundação Araucária.

O Bolsista, declara, ainda, ter ciência de que a bolsa de extensão concedida no âmbito da Chamada Pública 09/2020, Programa de Apoio Institucional para Ações Extensionistas de Prevenção, Cuidados e Combate à Pandemia do Coronavírus, são entendidas como bolsas concedidas por Agência de Fomento, razão pela qual se caracteriza como doação, não configura vínculo empregatício, não caracteriza contraprestação de serviços nem vantagem para o doador, para efeitos do disposto no art. 26 da Lei nº 9.250, de 26 de dezembro de 1995, e não integra a base de cálculo da contribuição previdenciária, aplicando-se a estas o disposto no §4º, da Lei 10.973/2004.

**3. DA RESPONSABILIDADE E DECLARAÇÕES DO BOLSISTA**

O bolsista, abaixo assinado, assume as seguintes responsabilidades:

31 Dedicar-se às atividades de extensão conforme a carga horária fixada no Edital de Chamada Pública 09/2020, Programa de Apoio Institucional para Ações Extensionistas de Prevenção, Cuidados e Combate à Pandemia do Coronavírus.

32 O bolsista deve consultar a Fundação Araucária antes de aceitar qualquer apoio financeiro de qualquer outra fonte de

33 Apresentar Relatórios Mensais de Atividades como condição para o recebimento das cotas de bolsa de extensão, bem como o Relatório Final de Atividades, sob pena de ser acionado administrativa e/ou judicialmente pela OUTORGANTE para devolução dos recursos recebidos, devidamente corrigidos pelos índices legais em vigor e com incidência das demais sanções legais (juros, honorários advocatícios e custas judiciais).

34 O bolsista declara que é de sua exclusiva responsabilidade utilizar os equipamentos de segurança necessários ao desenvolvimento de suas atividades, os quais devem ser providos pela Secretaria de Estado da Saúde (SESA) e deverão atender às normas técnicas e às exigências dos órgãos de controle e fiscalização.

35 O bolsista declara que aceita, sem restrições, o Auxílio, tal como concedido, e se responsabiliza pelo fiel cumprimento do Termo de Outorga em todos os seus itens, cláusulas e condições, e que concorda com qualquer fiscalização que a Fundação Araucária julgar conveniente proceder, de acordo com o inciso III do artigo 31º da Lei Estadual nº 12.020, de 09 de janeiro de 1998.

36 O bolsista declara que tem plenas condições de realizar as atividades previstas no projeto de extensão e que envidará todos os esforços para que seus objetivos sejam atingidos.

37 Em caso de abandono do projeto, sem prévia autorização da Fundação Araucária e da IEES conveniente, o bolsista se compromete a restituir à IEES, imediatamente, todos os recursos concedidos para a execução do projeto, sob pena de ser acionado administrativa e/ou judicialmente pela IEES para a devolução dos recursos recebidos, devidamente corrigidos pelos índices legais em vigor e com incidência das demais sanções legais (juros, honorários advocatícios e custas judiciais).

38 A violação de qualquer das cláusulas da Chamada Pública 09/2020 importará em suspensão do Auxílio concedido e/ou retirada dos materiais adquiridos.

39 O bolsista declara ter ciência, para todos os efeitos legais, do Manual de Prestação de Contas da Fundação Araucária, do Edital de Chamada Pública 09/2020 e, bem assim, seus anexos.

**4. ASSINATURAS**

*Os abaixo-assinados declaram que o Plano de Atividades do Bolsista foi estabelecido de comum acordo, assumindo as tarefas e responsabilidades que lhes caberão durante o período de realização do mesmo.*

**Local e data:**

<i>Nome e assinatura do Bolsista</i>	Adriane de Castro Martinez Coordenador da Proposta

<b>NOME:</b>	
<b>CPF:</b>	
<b>POSSUI CONTA CORRENTE?</b>	
<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> Não
<b>BANCO:</b>	<b>Em qual Cidade deseja abrir conta para crédito da Bolsa? ( ) Foz do</b> <b>Iguaçu</b> <input type="checkbox"/> Francisco Beltrão <input type="checkbox"/> Cascavel <input type="checkbox"/> Outra: _____
<b>AGÊNCIA:</b>	
<b>CONTA:</b>	
<b>OBS: Abertura será por atendimento especial, com agendamento.</b>	

**DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA (CÓPIA LEGÍVEL E COMPLETA)**

CARTEIRA DE IDENTIDADE RG  
 NÚMERO DO CPF  
 COMPROVANTES DE RENDA REFERÊNCIA 02/2020, SE HOUVER  
 COMPROVANTE DE MATRÍCULA, SE ESTUDANTE UNIVERSITÁRIO  
 COMPROVANTE DE ENDEREÇO ATUAL - EM NOME DO CLIENTE OU PAIS

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES: (PREENCHER TODOS OS CAMPOS)**

TELEFONE CELULAR:  
 TELEFONE FIXO:  
 TELEFONE COMERCIAL:  
 E-MAIL:  
 ESCOLARIDADE: ( ) PRIMÁRIO ( ) 2º GRAU ( ) ENS. SUPERIOR INCOMPLETO  
 ESTADO CIVIL: ( ) SOLTEIRO ( ) CASADO: INFORMAR REGIME DE CASAMENTO:  
 CPF DO CÔNJUGE OU COMPANHEIRO (A):  
 MORADIA: ( ) PRÓPRIA ( ) ALUGADA ( ) MORA COM PAIS ( ) OUTROS