



unioeste

Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Pró-Reitoria de Extensão - PROEX

PRÓ-REITORIA DE EXTENSÃO

EDITAL N° 045/2020- PROEX

CONVOCAÇÃO DOS CANDIDATOS INSCRITOS NA CHAMADA PÚBLICA 09/2020/FUNDAÇÃO ARAUCÁRIA - AÇÃO DE EXTENSÃO CONTRA O NOVO CORONAVÍRUS E ADENDOS.

A Pró-Reitoria de Extensão da Universidade Estadual do Oeste do Paraná – Unioeste, no uso de suas atribuições regimentais;

Considerando a chamada pública 09/2020/Fundação Araucária - AÇÃO DE EXTENSÃO CONTRA O NOVO CORONAVÍRUS e os adendos com a 1ª, 2ª 3ª e 4ª Demandas Adicionais;

Divulga:

A relação de candidatos classificados para a Chamada Pública Adicional nas vagas novas e vagas remanescentes da CP 09/2020-FA e seus adendos, respeitando a ordem cronológica de inscrição.

Informamos que:

A contratação dos bolsistas se dará até o limite de vagas e as atividades se iniciam após entrega da documentação, conforme orientação dos coordenadores regionais.

Para efetivação da bolsa, os classificados deverão entregar os documentos listados abaixo no dia e horários estabelecido. **Não havendo a entrega dos documentos neste prazo, o candidato será desclassificado.** passando o direito à vaga ao próximo classificado da relação e assim, sucessivamente.

Documentos a serem entregues:

- Cópia do RG, CPF, declaração de matrícula (para acadêmicos) ou comprovante de Registro no Conselho profissional da categoria para profissionais de saúde;
- Formulário – Abertura de Conta Salário (CEF) - Anexo 2,
- Termo de compromisso do bolsista preenchido e assinado - Anexo 3;
- Comprovante de endereço e comprovante de renda para quem possui atividade remunerada.



unioeste

Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Pró-Reitoria de Extensão - PROEX

Local de entrega:

<p>FOZ DO IGUAÇU: Data: 28/08/2020 Local: Sala dos professores do Campus de Foz do Iguaçu/Unioeste. Horário: 14h às 17hs Contato: Prof. Marcos Augusto Moraes Arcoverde e-mail: marcos.arcoverde2013@gmail.com</p>	<p>PATO BRANCO: Data: 28/08/2020 Local: Rua Itacolomi, 1195 - Centro Horário: 9:00 as 11:30hs Fone: 3224-5118 /Celular: 99976-9729 Contato: Dr. Roberto Yamada</p>
<p>FRANCISCO BELTRÃO: Data: 28/08/2020 Local: Unioeste Vila Nova, bloco administrativo, sala do diretor de campus Rua Maringá, 1200 Horário: 9h30h – 11:30h Contato: Profa. Franciele Caovilla Follador e-mail: francaovilla@hotmail.com ou com Prof: Ana Paula – (46) 9106-1830</p>	<p>TOLEDO: Data: 28/08/2020 Local: 20ª Regional de Saúde (Toledo) Horário: 09h às 11h30 Contato: Andriele e-mail: rosecb@gmail.com</p>

Publique-se.

Cumpra-se.

Cascavel, 27 de agosto de 2020.

Fabiana Regina Veloso
Pró-Reitora de Extensão

Anexo 1 - EDITAL N° 045/2020- PROEX

1 . Região de FOZ DO IGUAÇU

1.1. Atuação junto à Regional de Saúde

1.1.1 Estudantes de Apoio a Regional/36hs – Bolsa de R\$ 800,00 (2 vagas / 3 meses)

ID	Nome	Situação
2898	Franklin De Oliveira Silva	Classificado (a)
2909	Marília Pilger	Classificado (a)
2913	Martin Daniel Bermudez Lopez	Classificado (a) - Suplente
2918	Angelica Paola Valencia Cordoba	Classificado (a) - Suplente
2958	Maria Regina Rodrigues Schafer	Classificado (a) - Suplente
3011	Denis Hernan Acuña Aguirre	Classificado (a) - Suplente
2891	Erica Natali Colino	Desclassificada – documento apresentado não informa série matriculada
2907	Emily Lourenço de Andrade	Desclassificada – matriculada no 2º ano
2914	Franklin De Oliveira Silva	Inscrição duplicada, valendo a inscrição 2907 como CLASSIFICADO
2943	Luciana Amaral Negrini de Santana	Desclassificada – matriculada no 2º ano
3027	Nerline Noel	Desclassificada – Apresentou diploma de graduação sendo que a vaga é para estudantes
3050	Kimberlly Grignet Hertzog	Desclassificada – Apresentou histórico escolar de de pós-graduação sendo que a vaga é para estudantes

2. Região de FRANCISCO BELTRÃO

2.1. Atuação junto à Regional de Saúde

2.1.1 Acadêmico de Apoio a Regional/36hs – Bolsa de R\$ 1.200,00 (2 vagas / 4 meses)

ID	Nome	Situação
189	Nathália Gabriela Nodari	Classificado (a)
197	Eduarda Severgnini	Classificado (a) - Suplente

3. Região de PATO BRANCO

3.1. Atuação junto à Regional de Saúde

3.1.1. Profissional de Saúde/36hs - Bolsa de R\$ 2.000,00 (1 vagas/4 meses)

ID	Nome	Situação
66	Marizangela Aparecida se Souza Andrade	Classificado (a)
177	Ana Paula Muller	Classificado (a) – Suplente

4. Região de TOLEDO

4.1. Atuação junto à Regional de Saúde

4.1.1. Técnico de Enfermagem/36hs – Bolsa de R\$ 1.500,00 (2 vagas/ 4 meses)

ID	Nome	Situação
192	Cristina Aparecida Padilha	Classificado (a)

**AÇÃO DE EXTENSÃO CONTRA O NOVO CORONAVÍRUS
PROGRAMA DE APOIO INSTITUCIONAL PARA AÇÕES EXTENSIONISTAS DE PREVENÇÃO,
CUIDADOS E COMBATE À PANDEMIA DO NOVO CORONA VIRUS.**

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

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: <input type="checkbox"/> PRIMÁRIO <input type="checkbox"/> 2º GRAU <input type="checkbox"/> ENS. SUPERIOR INCOMPLETO
ESTADO CIVIL: <input type="checkbox"/> SOLTEIRO <input type="checkbox"/> CASADO: INFORMAR REGIME DE CASAMENTO:
CPF DO CÔNJUGE OU COMPANHEIRO (A):
MORADIA: <input type="checkbox"/> PRÓPRIA <input type="checkbox"/> ALUGADA <input type="checkbox"/> MORA COM PAIS <input type="checkbox"/> OUTROS

**CHAMADA PÚBLICA 09/2020 - AÇÃO DE EXTENSÃO CONTRA O NOVO CORONAVÍRUS
PROGRAMA DE APOIO INSTITUCIONAL PARA AÇÕES EXTENSIONISTAS DE PREVENÇÃO, CUIDADOS E COMBATE À
PANDEMIA DO NOVO CORONAVÍRUS**

1º ADITIVO - 4ª DEMANDA COMPLEMENTAR DE BOLSISTAS

**Anexo III – Termo de Ciência e Responsabilidade do Bolsista
(Individual)**

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome do Bolsista	
E-mail e telefones do Bolsista	
IES conveniente	
Nome do Coordenador Institucional	

2. TERMO DE CIÊNCIA

Pelo presente termo, o Bolsista, abaixo assinado, DECLARA ciência de todo o teor da Chamada Pública 09/2020 – Ação de extensão contra o novo Coronavírus – Programa de Apoio Institucional para Ações Extensionistas de Prevenção, Cuidados e Combate à Pandemia do Novo Coronavírus – 1º ADITIVO – 4ª DEMANDA COMPLEMENTAR DE BOLSISTAS, 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, bem como de seu 1º Aditivo, e Demandas Complementares e Adicionais de bolsistas, 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 nº 10.973/2004.

3. DA RESPONSABILIDADE E DECLARAÇÕES DO BOLSISTA

O bolsista, abaixo assinado, assume as seguintes responsabilidades:

3.1 Dedicar-se às atividades de extensão conforme a carga horária fixada na Chamada Pública 09/2020 – Ação de extensão contra o novo Coronavírus – Programa de Apoio Institucional para Ações Extensionistas de Prevenção, Cuidados e Combate à Pandemia do Novo Coronavírus – 1º ADITIVO – 4ª DEMANDA COMPLEMENTAR DE BOLSISTAS.

3.2 O bolsista deve consultar a Fundação Araucária antes de aceitar qualquer apoio financeiro de qualquer outra fonte de recursos pública.

3.3 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).

3.4 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.

3.5 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.

3.6 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.

3.7 Em caso de abandono do projeto, sem prévia autorização da Fundação Araucária e da IEEES conveniente, o bolsista se compromete a restituir à IEEES, imediatamente, todos os recursos concedidos para a execução do projeto, sob pena de ser acionado administrativa e/ou judicialmente pela IEEES 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).

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

3.9 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

<i>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.</i>	
<i>Local e data:</i>	
<i>Nome e assinatura do Bolsista</i>	<i>Coordenador da Proposta</i>