



unioeste

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

EDITAL N° 012/2020- PROEX

CLASSIFICAÇÃO DA CANDIDATA PATRICIA LEEN KOSAKO INSCRITA 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 009/2020-FA;

DIVULGA:

A classificação da candidata à bolsista na modalidade Médico com formação no Brasil para a atuação na Região de Cascavel – Atuação em TOLEDO:

| ID | Nome | Situação |
|------|----------------------|-----------------|
| 7356 | Patricia Lenn Kosako | Classificado(a) |

Informamos que a contratação dos bolsistas se dará até o limite de vagas, respeitando as contratações já efetivadas pela Classificação divulgada nos Editais 004/2020, 005/2020, 007/2020 e 010/2020-PROEX.

Para efetivação da bolsa, os classificados deverão entregar os documentos listados abaixo **até 20/04/2020**, na 20ª Regional de Saúde (Toledo) aos cuidados de Andriele:

Documentos a serem entregues:

- Cópia do RG, CPF, declaração de matrícula ou comprovante de Registro no Conselho profissional da categoria,
- Termo de compromisso do bolsista preenchido e assinado - Anexo 2;
- Dados da conta bancária na CEF ou Dados para abertura de conta (enviar documentos solicitados pela CEF) – Anexo 3.

Publique-se.

Cumpra-se.

Cascavel, 18 de abril de 2020.

Fabiana Regina Veloso
Pró-Reitora de Extensão

Pró-Reitoria de Extensão/PROEX

Rua Universitária., 1619 – CEP 85819-110 – Cascavel - Paraná

E-mail: extensao@unioeste.br Telefone: (45) 3220-3109

**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****(Individual)****1. IDENTIFICAÇÃO**

| | |
|-----------------------------------|----------------------------|
| Nome do Bolsista | |
| E-mail e telefones do Bolsista | |
| Nome do Coordenador Institucional | 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:

3.1 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.

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

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 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).

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

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:

| | |
|-------------------------------|---|
| | |
| Nome e assinatura do Bolsista | Adriane de Castro Martinez Coordenador da Proposta |

**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? <input type="checkbox"/> Foz do Iguaçu <input type="checkbox"/> Francisco Beltrão <input type="checkbox"/> Cascavel <input type="checkbox"/> Outra: _____ |
| AGÊNCIA: | |
| 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 |