

**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO**

**PRÓ-REITORIA PÓS-GRADUAÇÃO, PESQUISA E INOVAÇÃO**

**DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DE DEMANDA (DFD)**

**CONTRATAÇÃO DE SERVIÇO PESSOA JURÍDICA – PROAP – PPGMS –**

**no. \_\_\_/2024**

Rio de Janeiro, XX de XXXXX de 2024.

Solicito aplicação de recursos PROAP para o que segue discriminado abaixo, declarando ter sido a solicitação aprovada pelo Colegiado do Programa, em reunião realizada no dia **XX** de **XXXX** de **2024** e estar de acordo com a Portaria CAPES nº 156, de 28 de novembro de 2014.

Obs. Em caso de demanda aprovada *ad referendum*, apresentar sucinta justificativa.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **X** | Pagamento de taxa de inscrição para participação de docente /ou discente em evento |

Nome completo do beneficiário: XXXXXXX

Vínculo com a UNIRIO: XXXXXXXXXX docente ou discente

Nome do Evento: XXXXXXXX

Nome da empresa que está promovendo o evento: XXXXXXXXXXX

CNPJ da empresa: XXXXXXXXXXX

Telefone da empresa: XXXXXXXXXXX E-mail da empresa: XXXXXXXXXXX

Valor da inscrição: R$ XXXXXXXXXXX

Agência: XXXXXXXXXXX Banco: XXXXXXXXXXX Conta Corrente: XXXXXXXXXXX

|  |
| --- |
| **\* Antes de solicitar pagamento, verifique junto à associação se possui cadastro válido no SICAF.** |
| **\* Os dados bancários a serem informados são da empresa para a qual será realizado o pagamento da taxa de inscrição, não são dados bancários do solicitante ou do beneficiário.** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

|  |
| --- |
| Órgão: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO  |
| Setor Requisitante (Unidade/Setor/Depto): Programa de Pós-Graduação em Memória Social  |
| Responsável pela Demanda:Prof. (a) Dr. (a) Daniele Achilles Dutra da RosaCoordenador (a) do Programa de Pós-Graduação em Memória Social | Matrícula SIAPE: 1705517 |
| E-mail: ppgms.coordenacao@unirio.br | Telefone: (21)2542-2708 |
|  |
| 1. Justificativa da necessidade da contratação do serviço, considerando o Planejamento Estratégico, se for o caso: **XXXXXXXXX**  |
|  |
| 2. Quantidade de inscrições: **XXXXXXXXX** |
|  |
| 3. Previsão de data de entrega do material (Período do Evento): **XXXXXXXXX**  |
|  |
| 4. Indicação do membro da equipe solicitante, responsável pela comprovação da realização do serviço contratado: |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nome do Beneficiário Cargo ou FunçãoSIAPE n° XXXXXXXXou Matrícula (no caso de estudante)Telefone: (XX) XXXXX-XXXXXE-mail: XXXXXXXXXXX@unirio.br | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Daniele Achilles Dutra da Rosa Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Memória SocialSIAPE n° 1705517**Prof.ª Dr.ª Daniele Achilles Dutra da Rosa****Coordenadora do Programa de****Pós-Graduação em Memória Social****PPGMS-UNIRIO****SIAPE: 1705517** |
| Rio de Janeiro, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2024\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Profa. Dra. Cleonice Alves de Melo BentoPró-Reitora de Pós-Graduação, Pesquisa e InovaçãoSIAPE 1193768 |

**ANEXAR:**

Comprovante de Inscrição no evento

Cópia ou arquivo do artigo/trabalho a ser apresentado

Comprovante de Submissão

Carta de Aceite

INVOICE ou dados bancários para pagamento