|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PROGRAMA DE APOIO À PESQUISA – MATERIAIS DE CONSUMO – COMPRAS EXTERNAS** | | | | | | | | | | |
| **Anexos obrigatórios:** | Declaração do Almoxarifado ou *printscreen* da consulta ao estoque no SIPAC e três orçamentos. | | | | | | | | | |
| **Pesquisador**: | | | | | | **Unidade Acadêmica:** | | | | |
| **CPF:** | | Banco: | | | | Agência: | | | Conta: | |
| **Projeto de pesquisa**:  (vigente e cadastrado na COPQ) | |  | | | | | | | | |
| **Descrição da utilização**: | |  | | | | | | | | |
| **Especificação**  (nome, tipo, tamanho, etc.) | **Unidade** (litros, gramas, frasco, etc.) | | **Qtde.** | **Fornecedor 1 e Valor** | **Fornecedor 2 e Valor** | | **Fornecedor 3 e Valor** | **Fornecedor escolhido e menor valor unitário** | | **Subtotal** |
|  |  | |  |  |  | |  |  | |  |
|  |  | |  |  |  | |  |  | |  |
|  |  | |  |  |  | |  |  | |  |
|  |  | |  |  |  | |  |  | |  |
|  |  | |  |  |  | |  |  | |  |
|  |  | |  |  |  | |  |  | |  |
|  |  | |  |  |  | |  |  | |  |
|  |  | |  |  |  | |  |  | |  |
| **Valor total**: | | | | | | | | | |  |
| **Declaração de indisponibilidade dos materiais no almoxarifado da UFGD** | | | | | | | | | | |
| Declaro que consultei a disponibilidade de estoque no SIPAC, bem como o setor de Almoxarifado da UFGD, e os materiais solicitados acima não estão disponíveis no estoque da Universidade, de modo que se justifica a compra através do auxílio financeiro ao pesquisador. | | | | | | | | | | |
| Declaro que serão respeitadas as normativas de utilização e descarte dos materiais solicitados, em especial quanto ao descarte em caso de materiais químicos, respeitadas as normas ambientais e as orientações da Divisão de Gestão Ambiental da UFGD. | | | | | | | | | | |
| Declaro estar ciente das normas referentes ao Programa de Apoio à Pesquisa (PAP-UFGD), sobretudo as referentes a impedimentos de afastamentos e à utilização do recurso, bem como de minha responsabilidade quanto à prestação de contas. | | | | | | | | | | |

Todos os campos são de preenchimento obrigatório.

Caso o pedido seja realizado em consórcio entre pesquisadores, todos os solicitantes deverão assinar este formulário.

Dourados, MS. -- de ----------- de ----.

PREENCHA SEU NOME AQUI E ASSINE ACIMA