



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA
DEPARTAMENTO DE BIOCÊNCIAS**



**SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA EXERCÍCIO DE ATIVIDADES
SIMULTÂNEAS (ANEXO I - IN GR nº 01/2002)**

Ilmo(a). Sr(a). Prof(a). Dr(a) _____
Chefe do Departamento de Biociências/FOP/UNICAMP

Eu, _____ **(nome completo)** _____ nos termos do Art. 8º, 9º, e 13 da [Deliberação CONSU-A-2/01 de 27.03.2001](#) e alterações, venho solicitar a autorização para que eu possa realizar as atividades descritas a seguir:

Nome do projeto/ descrição das atividades: _____

Prazo/Período e Carga horária. _____

Valor total: R\$ _____ a serem pagos em _____ parcelas. (Informar se não houver envolvimento de valores)

Nome da empresa ou da pessoa que solicita o serviço (anexar a carta convite): _____

Endereço ou outra forma de contato com o solicitante: _____

Nos dias programados para o exercício simultâneo de atividades, informo que:

- () não terei atividades didáticas na graduação, na pós-graduação ou na extensão.
() terei atividades didáticas na graduação, na pós-graduação e ou na extensão e as mesmas serão assumidas por outro(a) docente, conforme documento em anexo (deverá constar o de acordo do(a) docente que irá assumir as atividades no documento).

Justificativa de relevância das atividades: _____

Declaro que:

1. Conheço e estou ciente dos termos da [Deliberação CONSU – A – 02/01 e alterações](#), que dispõe sobre o Regulamento do Regime de Dedicação Integral à Docência e à Pesquisa da Universidade Estadual de Campinas, [Deliberação CAD A-04/03](#), que dispõe a respeito da emissão de pareceres e análises técnicas sobre assuntos especializados e [Instrução Normativa CPDI nº 001/2020, de 10/06/2020](#).
2. Tenho conhecimento e estou ciente dos termos da Portaria Interna da FOP/UNICAMP nº 15/2021 de 06/10/2021.
3. Recolherei à Conta Unicamp/Reitoria/Atividades Simultâneas, de no. 033.0207.43.011007-7, as seguintes taxas:
 - a. PIDS (8%),
 - b. FAEPEX (3%) e
 - c. AIU (5%), no prazo de até 30 (trinta) dias do recebimento dos honorários, correspondentes a esta atividade, perfazendo um total de



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA
DEPARTAMENTO DE BIOCÊNCIAS**



R\$_____, e enviarei cópia do comprovante de depósito bancário para ser anexado no processo de Registro de Atividades Simultâneas ao RDIDP da Faculdade de Odontologia de Piracicaba (Processo 06-P-6169/2007).

4. **Informarei** à DGA, através do site https://www.dga.unicamp.br/exterlogin/A_Sistema.asp, sobre o depósito efetuado.
5. **Estou ciente de que os** valores percebidos deverão ser comunicados pela Área de Finanças da DGA à Diretoria Geral de Recursos Humanos - DGRH, para efeito de registro no cálculo dos valores excedentes a 100% de complementação salarial nos termos da [Resolução GR 23/2008](#) e suas alterações.
6. Estou ciente de que para que a atividade aqui descrita tenha continuidade além do prazo especificado acima, deverei solicitar uma nova autorização para exercê-la, bem como recolher as novas taxas correspondentes.
7. Devo apresentar à Diretoria da Unidade: o comprovante de rendimentos desta atividade e o comprovante de depósito das taxas de ressarcimento à Universidade, conforme estabelecido na [Instrução Normativa GR 01/2002](#).
8. O pagamento das taxas deverá ser creditado concomitantemente ao recebimento dos recursos ([§ 4º - Resolução GR-36 de 22.12.2008](#)).
9. Estou ciente de que ao desempenhar as atividades relacionadas nos artigos, 10, 12, 13 e 14 deverei mencioná-las em meu relatório de atividades (Artigo 15 – Del. Consu A-02/2001).

Piracicaba, __ de __ de 2022.

Documento segue assinado, via SIGAD.