**MUNICÍPIO DE DOUTOR PEDRINHO**
Fone/Fax: (47) 3388-0148 - E-mail: gabinete@doutorpedrinho.sc.gov.br
Rua Brasília, 02 - Centro - Caixa Postal 01
CEP 89126-000 - DOUTOR PEDRINHO - SC

# EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 03/2023
## LEI PAULO GUSTAVO

## ANEXO II
## FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO

### 1. DADOS DO PROPONENTE
Proponente é pessoa física ou pessoa jurídica?
( ) Pessoa Física
( ) Pessoa Jurídica

### PARA PESSOA FÍSICA:
Nome Completo:
Nome artístico ou nome social (se houver):
CPF:
RG:
Data de nascimento:
E-mail:
Telefone:
Endereço completo:
CEP:
Cidade:
Estado:

**Você reside em quais dessas áreas?**
( ) Zona urbana central
( ) Zona urbana periférica
( ) Zona rural
( ) Área de vulnerabilidade social
( ) Territórios indígenas (demarcados ou em processo de demarcação)

**Pertence a alguma comunidade tradicional?**
( ) Não pertenço a comunidade tradicional
( ) Comunidades Extrativistas
( ) Comunidades Rurais
( ) Indígenas
( ) Povos Ciganos
( ) Povos de Terreiro
( ) Quilombolas
( ) Outra comunidade tradicional

**Gênero:**
( ) Mulher cisgênero
( ) Homem cisgênero

( ) Mulher Transgênero
( ) Homem Transgênero
( ) Pessoa Não Binária
( ) Não informar

**Raça, cor ou etnia:**
( ) Branca
( ) Preta
( ) Parda
( ) Indígena
( ) Amarela

**Você é uma Pessoa com Deficiência?**
( ) Sim
( ) Não

**Caso tenha marcado "sim", qual tipo de deficiência?**
( ) Auditiva
( ) Física
( ) Intelectual
( ) Múltipla
( ) Visual

**Qual o seu grau de escolaridade?**
( ) Não tenho Educação Formal
( ) Ensino Fundamental Incompleto
( ) Ensino Fundamental Completo
( ) Ensino Médio Incompleto
( ) Ensino Médio Completo
( ) Curso Técnico Completo
( ) Ensino Superior Incompleto
( ) Ensino Superior Completo
( ) Pós Graduação Completo

**Qual a sua renda mensal fixa individual (média mensal bruta aproximada) nos últimos 3 meses?**
(Calcule fazendo uma média das suas remunerações nos últimos 3 meses. Em 2023, o salário mínimo foi fixado em R$ 1.320,00.)
( ) Nenhuma renda.
( ) Até 1 salário mínimo
( ) De 1 a 3 salários mínimos
( ) De 3 a 5 salários mínimos
( ) De 5 a 8 salários mínimos
( ) De 8 a 10 salários mínimos

( ) Acima de 10 salários mínimos

**Você é beneficiário de algum programa social?**
( ) Não
( ) Bolsa família
( ) Benefício de Prestação Continuada
( ) Programa de Erradicação do Trabalho Infantil
( ) Garantia-Safra
( ) Seguro-Defeso
( ) Outro

**Vai concorrer às cotas?**
( ) Sim ( ) Não

**Se sim, qual?**
( ) Pessoa negra
( ) Pessoa indígena

**Qual a sua principal função/profissão no campo artístico e cultural?**
( ) Artista, Artesão(a), Brincante, Criador(a) e afins.
( ) Instrutor(a), oficineiro(a), educador(a) artístico(a)-cultural e afins.
( ) Curador(a), Programador(a) e afins.
( ) Produtor(a)
( ) Gestor(a)
( ) Técnico(a)
( ) Consultor(a), Pesquisador(a) e afins.
( )_____Outro(a)s

**Você está representando um coletivo (sem CNPJ)?**
( ) Não
( ) Sim

**Caso tenha respondido "sim":**
Nome do coletivo:
Ano de Criação:
Quantas pessoas fazem parte do coletivo?
Nome completo e CPF das pessoas que compõem o coletivo:

**PARA PESSOA JURÍDICA:**
Razão Social:
Nome fantasia:
CNPJ:
Endereço da sede:
Cidade:
Estado:

**MUNICÍPIO DE DOUTOR PEDRINHO**
Fone/Fax: (47) 3388-0148 - E-mail: gabinete@doutorpedrinho.sc.gov.br
Rua Brasília, 02 - Centro - Caixa Postal 01
CEP 89126-000 - DOUTOR PEDRINHO - SC

Número de representantes legais:
Nome do representante legal:
CPF do representante legal:
E-mail do representante legal:
Telefone do representante legal:

**Gênero do representante legal**
( ) Mulher cisgênero
( ) Homem cisgênero
( ) Mulher Transgênero
( ) Homem Transgênero
( ) Não Binária Binárie
( ) Não informar

**Raça/cor/etnia do representante legal**
( ) Branca
( ) Preta
( ) Parda
( ) Amarela
( ) Indígena

**Representante legal é pessoa com deficiência?**
( ) Sim
( ) Não

**Caso tenha marcado "sim" qual o tipo de deficiência?**
( ) Auditiva
( ) Física
( ) Intelectual
( ) Múltipla
( ) Visual

**Escolaridade do representante legal**
( ) Não tenho Educação Formal
( ) Ensino Fundamental Incompleto
( ) Ensino Fundamental Completo
( ) Ensino Médio Incompleto
( ) Ensino Médio Completo
( ) Curso Técnico completo
( ) Ensino Superior Incompleto
( ) Ensino Superior Completo
( ) Pós Graduação completo

## 2. DADOS DO PROJETO

**Nome do Projeto:**

**Escolha a categoria a que vai concorrer:**

**Descrição do projeto**
(Na descrição, você deve apresentar informações gerais sobre o seu projeto. Algumas perguntas orientadoras: O que você realizará com o projeto? Porque ele é importante para a sociedade? Como a ideia do projeto surgiu? Conte sobre o contexto de realização.)

**Objetivos do projeto**
(Neste campo, você deve propor objetivos para o seu projeto, ou seja, deve informar o que você pretende alcançar com a realização do projeto. É importante que você seja breve e proponha entre três a cinco objetivos.)

**Metas**
(Neste espaço, é necessário detalhar os objetivos em pequenas ações e/ou resultados que sejam quantificáveis. Por exemplo: Realização de 02 oficinas de artes circenses; Confecção de 80 figurinos; 120 pessoas idosas beneficiadas.)

**Perfil do público a ser atingido pelo projeto**
(Preencha aqui informações sobre as pessoas que serão beneficiadas ou participarão do seu projeto. Perguntas orientadoras: Quem vai ser o público do seu projeto? Essas pessoas são crianças, adultas e/ou idosas? Elas fazem parte de alguma comunidade? Qual a escolaridade delas? Elas moram em qual local, bairro e/ou região? No caso de públicos digitais, qual o perfil das pessoas a que seu projeto se direciona?)

**Qual o perfil do público do seu projeto?** (Ex.: crianças, idosos, jovens, pessoas com deficiência, etc)

**Medidas de acessibilidade empregadas no projeto**
(Marque quais medidas de acessibilidade serão implementadas ou estarão disponíveis para a participação de pessoas com deficiência)

**Acessibilidade arquitetônica:**
( ) rotas acessíveis, com espaço de manobra para cadeira de rodas;
( ) piso tátil;
( ) rampas;
( ) elevadores adequados para pessoas com deficiência;
( ) corrimãos e guarda-corpos;

( ) banheiros femininos e masculinos adaptados para pessoas com deficiência;
( ) vagas de estacionamento para pessoas com deficiência;
( ) assentos para pessoas obesas;
( ) iluminação adequada;
( ) Outra _____

**Acessibilidade comunicacional:**
( ) a Língua Brasileira de Sinais - Libras;
( ) o sistema Braille;
( ) o sistema de sinalização ou comunicação tátil;
( ) a audiodescrição;
( ) as legendas;
( ) a linguagem simples;
( ) textos adaptados para leitores de tela; e
( ) Outra _____

**Acessibilidade atitudinal:**
( ) capacitação de equipes atuantes nos projetos culturais;
( ) contratação de profissionais com deficiência e profissionais especializados em acessibilidade cultural;
( ) formação e sensibilização de agentes culturais, público e todos os envolvidos na cadeia produtiva cultural; e
( ) outras medidas que visem a eliminação de atitudes capacitistas.

**Informe como essas medidas de acessibilidade serão implementadas ou disponibilizadas de acordo com o projeto proposto.**

**Local onde o projeto será executado**
Informe os espaços culturais e outros ambientes onde a sua proposta será realizada. É importante informar também os municípios e Estados onde ela será realizada.

**Previsão do período de execução do projeto**
Data de início:
Data final:

**Equipe**
Informe quais são os profissionais que atuarão no projeto, conforme quadro a seguir:

| **Nome do profissional/ empresa** | **Função no projeto** | **CPF/CNPJ** | **Pessoa negra?** | **Pessoa índigena?** | **Pessoa com deficiência?** | [INSERIR MAIS COLUNAS, SE NECESSÁRIO] |
|---|---|---|---|---|---|---|

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Ex.: João Silva | Cineasta | 123456789101 | Sim/Não | Sim/Não | Sim/Não | |

**Cronograma de Execução**
**Descreva os passos a serem seguidos para execução do projeto.**

| Atividade Geral | Etapa | Descrição | Início | Fim | [INSERIR MAIS COLUNAS, SE NECESSÁRIO] |
|---|---|---|---|---|---|
| Ex: Comunicação | Pré-produção | Divulgação do projeto nos veículos de imprensa | 01/02/2024 | 15/04/2024 | |

**Estratégia de divulgação**
Apresente os meios que serão utilizados para divulgar o projeto. ex.: impulsionamento em redes sociais.

**Contrapartida**
Neste campo, descreva qual contrapartida será realizada, quando será realizada, e onde será realizada.

**Projeto possui recursos financeiros de outras fontes? Se sim, quais?**
(Informe se o projeto prevê apoios financeiro tais como cobrança de ingressos, patrocínio e/ou outras fontes de financiamento. Caso positivo, informe a previsão de valores e onde serão empregados no projeto.)

**O projeto prevê a venda de produtos/ingressos?**
(Informe a quantidade dos produtos a serem vendidos, o valor unitário por produto e o valor total a ser arrecadado. Detalhe onde os recursos arrecadados serão aplicados no projeto.)

## 3. PLANILHA ORÇAMENTÁRIA
Preencha a tabela informando todas as despesas indicando as metas/etapas às quais elas estão relacionadas.
Deve haver a indicação do parâmetro de preço utilizado com a referência específica do item de despesa, conforme exemplo abaixo (Ex.: preço estabelecido no SALICNET, 3 orçamentos, etc).

| Descrição do item | Justificativa | Unidade de medida | Valor unitário | Quantidade | Valor total | Referência de preço |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Ex.: Fotógrafo | Profissional necessário para registro da oficina | Serviço | R$ 1.100,00 | 1 | R$ 1.100,00 | Salicnet – Oficina/workshop/seminário Audiovisual – Brasília – Fotografia Artística – Serviço |

## 4. DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS
Encaminhe junto a esse formulário os seguintes documentos:

RG e CPF do proponente
Currículo do proponente
Mini currículo dos integrantes do projeto
[OUTROS DOCUMENTOS QUE FOREM OBRIGATÓRIOS DE ACORDO COM AS CATEGORIAS]

**EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 03/2023**
**LEI PAULO GUSTAVO**

**ANEXO VI**
**DECLARAÇÃO DE REPRESENTAÇÃO DE GRUPO OU COLETIVO**

OBS.: Essa declaração deve ser preenchida somente por proponentes que sejam um grupo ou coletivo sem personalidade jurídica, ou seja, sem CNPJ.

**GRUPO ARTÍSTICO:**
**NOME DO REPRESENTANTE INTEGRANTE DO GRUPO OU COLETIVO ARTÍSTICO:**
**DADOS PESSOAIS DO REPRESENTANTE: [IDENTIDADE, CPF, E-MAIL E TELEFONE]**

Os declarantes abaixo-assinados, integrantes do grupo artístico [NOME DO GRUPO OU COLETIVO], elegem a pessoa indicada no campo "REPRESENTANTE" como único e representante neste edital, outorgando-lhe poderes para fazer cumprir todos os procedimentos exigidos nas etapas do edital, inclusive assinatura de recibo, troca de comunicações, podendo assumir compromissos, obrigações, transigir, receber pagamentos e dar quitação, renunciar direitos e qualquer outro ato relacionado ao referido edital. Os declarantes informam que não incorrem em quaisquer das vedações do item de participação previstas no edital.

| NOME DO INTEGRANTE | DADOS PESSOAIS | ASSINATURAS |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

[LOCAL]
[DATA]

**MUNICÍPIO DE DOUTOR PEDRINHO**
Fone/Fax: (47) 3388-0148 - E-mail: gabinete@doutorpedrinho.sc.gov.br
Rua Brasília, 02 - Centro - Caixa Postal 01
CEP 89126-000 - DOUTOR PEDRINHO - SC

**EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 03/2023**
**LEI PAULO GUSTAVO**

**ANEXO VII**
**DECLARAÇÃO ÉTNICO-RACIAL**

(Para agentes culturais concorrentes às cotas étnico-raciais – negros ou indígenas)

Eu, _____,
CPF nº_____, RG nº _____,
DECLARO para fins de participação no Edital (Nome ou número do edital) que sou _____(informar se é NEGRO OU INDÍGENA).

Por ser verdade, assino a presente declaração e estou ciente de que a apresentação de declaração falsa pode acarretar desclassificação do edital e aplicação de sanções criminais.

NOME
ASSINATURA DO DECLARANTE