

Referente ao preenchimento das informações solicitadas no formulário abaixo:

O mesmo deverá ser preenchido de forma sucinta e objetiva. As empresas interessadas pela incubação ou pré-incubação devem seguir o formulário que está disponível, sem realizar alterações.

**Formulário De Inscrição Para Propostas: Nome da empresa, produtos ou serviços a serem desenvolvidos.**

( ) Incubadas ( ) Pré-incubadas

<b>Dados do Responsável pelo Projeto</b>		
Nome do Responsável:		
CPF:	RG:	Data de nascimento:
Naturalidade:	Nacionalidade:	Data de expedição:
Endereço (Rua,Av,RO,Nº):		
Bairro:	CEP:	
Cidade:	Estado:	
Residencial:	Celular:	Endereço eletrônico:
Formação:	Data de início:	Data de término:
Cursos (técnicos, pós-graduação, mestrado, doutorado):		
Data de Início:	Data de Término:	
Função/Atividade no Projeto:		
<b>Equipe do Projeto</b>		
Nome Completo:		
CPF:	RG:	Data de Nascimento:
Naturalidade:	Nacionalidade:	Data de Expedição:
Endereço (Rua,Av,RO,Nº):		
Bairro:	CEP:	

**AGÊNCIA START**

FONE: (55) 3321 – 1658 | EMAIL: agstart@unicruz.edu.br

Campus Universitário Dr. Ulysses Guimarães - Rodovia Municipal Jacob Della Méa, km 5.6

Parada Benito. CRUZ ALTA/RS - CEP- 98005-972 | UNICRUZ.EDU.BR

Cidade:		Estado	
Residencial:	Celular:		Endereço eletrônico:
Função/Atividade no Projeto:			
<b>Equipe do Projeto</b>			
Nome Completo:			
CPF:	RG:	Data de Nascimento:	
Naturalidade:	Nacionalidade:	Data de Expedição:	
Endereço (Rua,Av,RO,Nº):			
Bairro:		CEP:	
Cidade:		Estado	
Residencial:	Celular:		Endereço eletrônico:
Função/Atividade no Projeto:			
<b>Equipe do Projeto</b>			
Nome Completo:			
CPF:	RG:	Data de Nascimento:	
Naturalidade:	Nacionalidade:	Data de Expedição:	
Endereço (Rua,Av,RO,Nº):			
Bairro:		CEP:	
Cidade:		Estado	
Residencial:	Celular:		Endereço eletrônico:
Função/Atividade no Projeto:			
<b>Equipe do Projeto</b>			
Nome Completo:			
CPF:	RG:	Data de Nascimento:	
Naturalidade:	Nacionalidade:	Data de Expedição:	
Endereço (Rua,Av,RO,Nº):			

**AGÊNCIA START**

FONE: (55) 3321 – 1658 | EMAIL: agstart@unicruz.edu.br

Campus Universitário Dr. Ulysses Guimarães - Rodovia Municipal Jacob Della Méa, km 5.6

Parada Benito. CRUZ ALTA/RS - CEP- 98005-972 | UNICRUZ.EDU.BR

Bairro:		CEP:	
Cidade:		Estado	
Residencial:	Celular:		Endereço eletrônico:
Função/Atividade no Projeto:			
<b>Questionário de Avaliação</b>			
1. Qual é o tipo do seu negócio e o que este propõe de inovação?			
2. Inovação Tecnológica em:  ( ) Produto    ( ) Serviço    ( ) Produto e serviço    ( ) Produto e serviço da Concorrência			
3. Em que mercado deseja atuar?  ( ) Municipal    ( ) Regional    ( ) Estadual    ( ) Nacional    ( ) Internacional			
4. Qual a finalidade pretendida com a Inovação Tecnológica?			
5. Projeto está em desenvolvimento? (caso sim, mencionar o grau de desenvolvimento da proposta elaborada pela equipe).			
6. Tabela para nível de desenvolvimento da proposta:			
Desenvolveu apenas o projeto	SIM	Não	
Realizou pesquisas no mercado			
Possui plano de proposta do projeto			
Existe alguma prova de que o produto, processo ou serviço tenha sucesso no mercado de trabalho			
Protótipo/Escala Laboratorial			
O projeto desenvolvido se encontra pronto para o mercado de trabalho			
Já foi comercializado alguma vez			
Possui patente ou registro			

**AGÊNCIA START**

FONE: (55) 3321 – 1658 | EMAIL: agstart@unicruz.edu.br

Campus Universitário Dr. Ulysses Guimarães - Rodovia Municipal Jacob Della Méa, km 5.6

Parada Benito. CRUZ ALTA/RS - CEP- 98005-972 | UNICRUZ.EDU.BR

7. De acordo com a proposta desenvolvida teria algum tipo de ameaça que poderia inviabilizar ou dificultar a colocação do produto ou serviço no mercado?

8. Qual seria o tipo de ameaça que dificultaria a entrada deste produto no mercado?

9. Identifique, em tópicos, qual competência necessária que a equipe precisa para desenvolver, produzir e comercializar o produto mencionado e quais dominam?

10. Quais os tipos de profissionais a equipe precisa para que o projeto seja desenvolvido e colocado no mercado?

11. Quais os métodos usados para desencadear interesse dos clientes?

12. A sua equipe enquanto estava em processo de pré-incubação ou incubação desenvolveu algum novo produto, serviço ou processo?

Sim  Não

13. Caso a resposta acima tenha sido sim, identifique-o.

14. Tem interesse por parte da equipe em eventos e feiras:

Sim  Não

15. Se sim, identifique-os.

16. Interesse em reuniões com outras equipes/empresas?

Sim  Não

17. Interesse em reuniões com outras incubadas?

Sim  Não

18. Já teve algum projeto de investimento aprovado?

Sim  Não

19. Se caso seja sim, qual foi o valor obtido com o projeto?

### Plano Financeiro

1. Como se dará a divisão dos investimentos do projeto (equipamentos, pessoal, local da empresa, etc)?

2. Como é/será efetuada a administração dos recursos financeiros da equipe?

3. A empresa (caso tenha empresa constituída) possui alguma dívida e qual seria o nível?

4. A equipe/empresa teve algum faturamento em 20 \_\_\_\_ ?

### AGÊNCIA START

FONE: (55) 3321 – 1658 | EMAIL: agstart@unicruz.edu.br

Campus Universitário Dr. Ulysses Guimarães - Rodovia Municipal Jacob Della Méa, km 5.6

Parada Benito. CRUZ ALTA/RS - CEP- 98005-972 | UNICRUZ.EDU.BR

5. Qual a previsão de faturamento da equipe/empresa 20\_\_?

**Recursos Humanos**

1. Quantas(os) pessoas envolvidas(os) no projeto possui a equipe/empresa?

2. Quantos funcionários?

3. Quantos bolsistas?

4. Quantos com nível superior?

5. Quantos com pós-graduação?

6. Quantos especialistas?

7. Quantos Mestres?

8. Quantos Doutores?

9. Quantos com vínculo empregatício?

10. O número de colaboradores é o suficiente para as demandas da equipe/empresa?

11. Caso a equipe ainda esteja em processo de desenvolvimento, qual seria a quantidade necessária de colaboradores?

12. Possui algum orçamento para capacitações dos colaboradores?

13. Quais os cursos de interesse da equipe/empresa? E consultorias?

14. Empresas Parceiras?

15. Qual será o plano estratégico para lançar o projeto no mercado de trabalho?

**Em casos de Empresas Constituídas**

Nome da Razão Social:

Nome Fantasia:

CNPJ:

Data de criação do projeto:

Setor de atividade:

Telefone:

Endereço Eletrônico:

**AGÊNCIA START**

FONE: (55) 3321 – 1658 | EMAIL: agstart@unicruz.edu.br

Campus Universitário Dr. Ulysses Guimarães - Rodovia Municipal Jacob Della Méa, km 5.6

Parada Benito. CRUZ ALTA/RS - CEP- 98005-972 | UNICRUZ.EDU.BR