



FORMULÁRIO DE CADASTRAMENTO DE BOLSISTAS DA  
UNIVERSIDADE ABERTA DO BRASIL

C A P E S

**Ficha de Cadastro / Termo de Compromisso do Bolsista (\*) Campos Obrigatórios**

1. Data do cadastramento *			
2. Nome da Instituição ao qual esta vinculado (SIGLA + NOME) *			
3. Tipo do Curso ao qual esta vinculado *	<input type="checkbox"/> Aperfeiçoamento <input type="checkbox"/> Seqüencial	<input type="checkbox"/> Bacharelado <input type="checkbox"/> Tecnólogo	<input type="checkbox"/> Lato Sensu <input type="checkbox"/> Mestrado
4. Nome do Curso ao qual esta vinculado *			
5. Função no Programa- Tipo de Bolsa *	<b>TUTOR</b>		
6. Número do CPF *			
7. Nome Completo *			
8. Profissão *			
9. Sexo *	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	10. Data de Nascimento *	
11. N° documento de identificação *		12. Tipo documento de identificação *	
13. Data de Emissão do documento *		14. Órgão Expedidor do documento *	
15. Unidade Federativa Nascimento *		16. Município Local Nascimento *	
17. Estado Civil *	<input type="checkbox"/> Solteiro (a) <input type="checkbox"/> Divorciado (a)	<input type="checkbox"/> Casado (a) <input type="checkbox"/> Viúvo (a)	<input type="checkbox"/> Separado (a) <input type="checkbox"/> União Estável
18. Nome cônjuge			
19. Nome do Pai			
20. Nome da Mãe *			
<b>Endereço para Contato</b>			
21. Endereço Residencial *			
22. Complemento do endereço			
23. Número	24. Bairro	25. CEP *	
26. Unidade Federativa *		27. Município *	
28. Código DDD *	29. Telefone de contato *	30. Telefone celular *	
31. E-mail de contato *			
<b>Dados da Formação em Nível Superior</b>			
32. Área do último Curso Superior Concluído *			
33. Último curso de titulação *			
34. Nome da Instituição de Titulação *			
<b>Informações Bancárias</b>			
35. Banco	001 – BANCO DO BRASIL		
36. Agência Preferencial - Sem dígito verificador *			
<b>ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO PROGRAMA</b>			
Denominação DIRETORIA DE EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA	Sigla DED/CAPES		
Endereço SBN Quadra 02 Bloco L Lote 6, 8º andar - CEP: 70040 -020, Brasília – DF	Representante Legal (nome, cargo) Celso José da Costa – Diretor de Educação a Distância - DED/CAPES/MEC		



### Atribuições do Bolsista

**A opção 1 ou 2 deverá ser assinalada de acordo com a função a ser exercida.**

- Mediar a comunicação de conteúdos entre o professor e os cursistas;
- Acompanhar as atividades discentes, conforme o cronograma do curso;
- Apoiar o professor da disciplina no desenvolvimento das atividades docentes;
- Estabelecer contato permanente com os alunos e mediar às atividades discentes;
- Colaborar com a coordenação do curso na avaliação dos estudantes;
- Participar das atividades de capacitação e atualização promovidas pela Instituição de Ensino;
- Elaborar relatórios mensais de acompanhamento dos alunos e encaminhar à coordenação de tutoria;
- Participar do processo de avaliação da disciplina sob orientação do professor responsável;

**1 – ( ) Tutor a Distância** Manter regularidade de acesso ao AVA e dar retorno às solicitações do cursista no prazo máximo de 24 horas;

**2 – ( ) Tutor Presencial** Apoiar operacionalmente a coordenação do curso nas atividades presenciais nos pólos, em especial na aplicação de avaliações.

### Declaração

Declaro ter ciência dos direitos e das obrigações inerentes à qualidade de bolsista na função de TUTOR e nesse sentido, **COMPROMETO-ME** a respeitar as cláusulas descritas nas atribuições do bolsista deste Termo de Compromisso.

Declaro, ainda, sob as penas da lei, que as informações prestadas são a expressão da verdade e que preencho plenamente os requisitos expressos na Lei 11.273/ 2006 e da Lei 11.502/2007, para o recebimento da bolsa e que o recebimento da referida bolsa não constituirá acúmulo de bolsa de estudo ou pesquisa conforme disposto no artigo 1º inciso III da lei 11.273/2006 exceto os casos disciplinados pela portaria conjunta CAPES/CNPQ Número 01 de dezembro de 2007 e :

( ) Que possuo formação de nível superior e tenho \_\_\_\_ ano(s) de experiência no magistério do ensino básico ou superior; **e/ou**

( ) Formação de nível superior e vínculo a programa de pós-graduação ; **e/ou**

( ) Formação de nível superior e Formação pós-graduada.

Estou ciente, também, que a inobservância dos requisitos citados acima implicará(ão) no cancelamento da(s) bolsa(s), com a restituição integral e imediata dos recursos, de acordo com as regras prevista na Resolução FNDE/CD nº 26 de 06 de junho de 2009 com redação atualizada pela resolução FNDE/CD nº 8 de 30 de abril de 2010.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.  
Local

Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Bolsista

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Coordenador UAB da IPES