



FORMULÁRIO DE CADASTRAMENTO DE BOLSISTAS DA  
UNIVERSIDADE ABERTA DO BRASIL



PORTARIA CAPES Nº 309/2024

**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 *                               | ( ) Aperfeiçoamento ( ) Bacharelado ( ) Lato Sensu ( ) Licenciatura ( ) Extensão<br>( ) Seqüencial ( ) Tecnólogo ( ) Mestrado ( ) Doutorado                                                                                          |                                       |  |
| 4. Nome do Curso ao qual esta vinculado *                               |                                                                                                                                                                                                                                      |                                       |  |
| 5. Função no Programa- Tipo de Bolsa *                                  | TUTOR                                                                                                                                                                                                                                |                                       |  |
| 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"/> Casado (a) <input type="checkbox"/> Separado (a)<br><input type="checkbox"/> Divorciado (a) <input type="checkbox"/> Viúvo (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 *                                                             |                                                                                                                                                                                                                                      |                                       |  |
| 36. Agência *                                                           |                                                                                                                                                                                                                                      |                                       |  |
| 37. Conta Corrente*                                                     |                                                                                                                                                                                                                                      |                                       |  |
| <b>ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO PROGRAMA</b>                                  |                                                                                                                                                                                                                                      |                                       |  |
| Denominação                                                             | Sigla                                                                                                                                                                                                                                |                                       |  |
| DIRETORIA DE EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA                                       | DED/CAPES                                                                                                                                                                                                                            |                                       |  |
| <b>Endereço</b>                                                         |                                                                                                                                                                                                                                      |                                       |  |
| SBN Quadra 02 Bloco L Lote 6, 8º andar - CEP: 70040 -020, Brasília – DF |                                                                                                                                                                                                                                      |                                       |  |



### Atribuições do Bolsista

- Comprovar desempenho satisfatório, consoantes às normas definidas pela entidade de ensino, este Termo de Compromisso e demais normas da CAPES.
- Não acumular a percepção da bolsa, se excetuando aquelas autorizações expressas presentes nas portarias vigentes da Capes.
- Informar à CAPES, por meio de seus sistemas eletrônicos, mudanças de endereço residencial ou eletrônico.
- Restituir o investimento apurado pela CAPES, a título de bolsas, atualizado nos termos estabelecidos pela legislação aplicável, se identificado: pagamento indevido; acúmulo indevido de bolsas; revogação ou rescisão da concessão da bolsa, em face de infração às obrigações assumidas; e inexatidão das informações fornecidas.

### Dos produtos

Com relação aos produtos, por mim elaborados, exclusivamente ou em coautoria, em atividades exercidas em decorrência da percepção de parcelas desta bolsa:

Uma das opções abaixo deverá ser assinalada de acordo com a licença selecionada:

(a) ( ☐ ) Autorizo sem qualquer restrição, o licenciamento aberto do produto pela instituição de Ensino ou pela CAPES, por meio da licença Creative commons ou similar. Desde que atribuam o devido crédito pela criação original, em conformidade com as orientações de DED/CAPES em vigor.

(b) ( ☐ ) Informo que o tipo de licença será informado em momento oportuno e caso não informado autorizo a licença CC-BY-AS.

(c) ( ☐ ) Devidamente licenciado, o material será disponibilizado em repositório institucional aberto da Instituição de Ensino ou ainda outro a ser indicado pela CAPES.

### Declaração

Pelo presente termo, atesta ciência das competências associadas a modalidade de bolsa conforme se seguem:

- 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 as 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 coordenadoria de tutoria;
- Participar do processo de avaliação do projeto pedagógico sob orientação do Coordenador do Curso e ou Professor Responsável;
- Manter regularidade de acesso ao Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA) para acompanhar as atividades discentes, conforme cronograma do curso. Retornar as solicitações dos cursistas no prazo máximo de 24 horas;
- Apoiar operacionalmente a coordenação do curso nas atividades presenciais nos polos, em especial na aplicação de avaliações.
- Disponibilizar a documentação comprobatória pessoal para o Coordenador de tutoria.

A inobservância dos requisitos citados acima, e/ou se praticada qualquer fraude pelo(a) bolsista, implicará(ão) no cancelamento da bolsa, com a restituição integral e imediata dos recursos, de acordo com os índices previstos em lei competente.

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

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

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