



Anexo III

AUXÍLIO FINANCEIRO A PROJETO EDUCACIONAL E DE PESQUISA - AUXPE		
TERMO DE SOLICITAÇÃO E CONCESSÃO DE APOIO FINANCEIRO A PROJETO		
TIPO:	Formação de Professores para Educação Básica	Outros: Não se aplica
PROJETO Nº Nº da proposta no SiCapes	ACORDO Nº Não se aplica	AUXPE Nº Este campo será preenchido pela Capes
PROGRAMA:	Programa Institucional de Bolsa de Iniciação à Docência – Pibid	OUTROS: Não se aplica
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO:	Não se aplica	
IES: Nome da IES		
OBJETIVO DO PROJETO: Promover a qualificação para a docência de estudantes de licenciatura, incentivando a inserção destes em escolas públicas de educação básica desde o início de sua formação acadêmica por meio de concessão de bolsas e de recursos de custeio, no âmbito do Programa Institucional de Bolsa de Iniciação à Docência - Pibid.		
JUSTIFICATIVA PARA IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO: O repasse de recursos de custeio visa ao desenvolvimento das atividades de iniciação à docência de estudantes de licenciatura da(s) área(s) aprovada(s) no Edital nº 61/2013.		
POSSUI OUTRO AUXÍLIO DA CAPES VIGENTE <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim marcar “sim”, caso o coordenador institucional receba outro auxílio financeiro de projeto da Capes. EM CASO POSITIVO JUSTIFICATIVA: Nome do outro projeto para o qual possui auxílio.		

1 – DADOS DO COORDENADOR RESPONSÁVEL/BENEFICIÁRIO Preencher todos os campos com os dados do coordenador institucional – preencher o endereço no qual deseja receber as correspondências do projeto.						
CPF	NOME COMPLETO (sem abreviaturas)					
DATA DE NASCIMENTO / /	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	IDENTIDADE (RG)	ÓRGÃO EMISSOR	UF	Data de Emissão / /	
NACIONALIDADE <input type="checkbox"/> Brasileiro <input type="checkbox"/> Estrangeiro	PAÍS (se estrangeiro)	N.º DO PASSAPORTE (se estrangeiro)		VALIDADE / /		
TIPO DE VISTO (se estrangeiro) <input type="checkbox"/> Provisório <input type="checkbox"/> Profissional		VALIDADE (se provisório) / /		ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA <input type="checkbox"/> Residencial ou <input type="checkbox"/> Profissional		
ENDEREÇO RESIDENCIAL (logradouro)				BAIRRO		
CEP	CIDADE	UF	DDD	FONE	FAX	E-MAIL
DADOS BANCÁRIOS Conta bancária específica para movimentação dos recursos deste projeto. Preencher os dados da conta pesquisador aberta no Banco do Brasil após recebimento da autorização enviada pela Capes.						
BANCO BANCO DO BRASIL	N.º DA AGÊNCIA	NOME DA AGÊNCIA		N.º DA CONTA (específica)		
1.1 – FORMAÇÃO ACADÊMICA/ TITULAÇÃO						
TÍTULO DE MAIS ALTO NÍVEL OBTIDO						
ÁREA/SUBÁREA	PAÍS	ANO INÍCIO		ANO CONCLUSÃO		
INSTITUIÇÃO					SIGLA	
1.2 – ATUAÇÃO PROFISSIONAL / LOCAL DE TRABALHO						
INSTITUIÇÃO (Universidade, Centro, Empresa, etc.)				SIGLA	CGC ou UG/GESTÃO (se Federal)	
ÓRGÃO (Instituto, Faculdade, Escola, etc.)						
UNIDADE (Departamento, Laboratório, Núcleo, etc.)						
CARGO EFETIVO		CARGO COMISSONADO		TIPO DE VÍNCULO		REGIME DE TRABALHO



CAPES – COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR

CGC 00.889.834/0001-08

Endereço: SBN Quadra 02 Lote 06 Bloco L, CEP 70040-020, Brasília – DF

Anexo III – Portaria nº 59, de 14 de maio de 2013

ENDEREÇO DA INSTITUIÇÃO (logradouro)		E - MAIL				
BAIRRO	CEP	CIDADE	UF	DDD	FONE	FAX

2 – INSTITUIÇÃO DE EXECUÇÃO DO PROJETO Preencher todos os campos com os dados da instituição selecionada no Pibid.

INSTITUIÇÃO (Universidade, Centro, Empresa, etc.)		SIGLA	CGC ou UG/GESTÃO (se Federal)			
ÓRGÃO (Instituto, Faculdade, Escola, etc.)						
UNIDADE (Deptº, Laboratório, Núcleo, etc.)						
ENDEREÇO DA INSTITUIÇÃO (logradouro)		E - MAIL				
BAIRRO	CEP	CIDADE	UF	DDD	FONE	FAX

3 – CONCORDÂNCIA DA INSTITUIÇÃO (Dirigente Máximo ou Substituto ou Representante Legal por delegação de competência) Preencher todos os campos com os dados do dirigente máximo da instituição que assinará o documento (reitor ou cargo equivalente). O substituto legal do cargo também poderá assinar o documento. Para as instituições multicampi, não será aceita a assinatura do diretor do campus.

CPF	NOME COMPLETO (sem abreviaturas)				
DATA DE NASCIMENTO / /	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	IDENTIDADE (RG)	ÓRGÃO EMISSOR	UF	DATA EMISSÃO / /
CARGO Inserir qual é o cargo do dirigente máximo na instituição cujos dados foram preenchidos acima.	ASSINATURA/CARIMBO É obrigatório a assinatura e o CARIMBO do dirigente máximo cujos dados foram preenchidos acima. Não será aceita assinatura de pessoa distinta da nomeada acima como representante máximo. Se o substituto assinar, ele deve estar nomeado acima.				

4 – PLANO DE APLICAÇÃO

GRUPO/TIPO DE DESPESA	VALOR SOLICITADO (R\$)	VALOR APROVADO PELA CAPES Esta coluna será preenchida pela Capes
DESPESAS DE CUSTEIO	Preencher, somente esta coluna, com os valores do Plano de Trabalho aprovado pela Capes	
Bolsa de estudo	Não preencher este campo	
Diária		
Material de Consumo		
Passagem e Despesa com Locomoção		
Serviços de terceiros - Pessoa Física		
Serviços de terceiros - Pessoa Jurídica		
TOTAL CUSTEIO		
DESPESAS DE CAPITAL	Não preencher este campo	
Equipamentos e Material Permanente	Não preencher este campo	
Instalações	Não preencher este campo	
Aquisição/desenvolvimento de software	Não preencher este campo	
TOTAL GERAL		

5. DECLARAÇÃO

Ao enviar este documento à CAPES, o BENEFICIÁRIO DECLARA FORMALMENTE:

1. Conhecer o Regulamento que disciplina as condições gerais que regem o presente Termo;
2. Saber que o documento referido no item “a” é parte integrante do presente Termo;
3. Subscrever e concordar integralmente com o Regulamento;



4. Saber que os recursos serão liberados pela CAPES em função de suas disponibilidades orçamentárias e financeiras;
5. Que a conta bancária informada e o Cartão Pesquisa aprovado se destinam específica e exclusivamente para gerir os recursos para execução do projeto aprovado;
6. Que deverá utilizar os recursos de acordo com o estabelecido no Plano de Aplicação aprovado pela CAPES e dentro do prazo de vigência do mesmo;
7. Que nos casos em que houver aprovação da CAPES em 2 (dois) grupos de despesa (custeio e capital), para o remanejamento entre estes, deverá haver a solicitação para tanto, justificando tal alteração, e a despesa só poderá ocorrer após aprovação e comunicação formal da CAPES;
8. Possuir anuência formal da INSTITUIÇÃO de execução do projeto;
9. No caso de o projeto incluir a concessão de bolsas:
 - a) que indicará bolsista com nível correspondente ao da bolsa concedida, pelo tempo estipulado e por meio do formulário próprio, e que responderá integralmente pela adequação e correção desta indicação;
 - b) que comunicará à CAPES a substituição do bolsista nos casos em que isso seja previsto e permitido;
 - c) que manterá em arquivo documento assinado pelo bolsista, declarando conhecer as regras da bolsa que receberá e comprometendo-se a acatá-las integralmente, devendo, ainda, manter tal documento em meio físico sob sua custódia, caso a CAPES o solicite, se assim entender necessário;
 - d) que o pagamento das bolsas será efetuado diretamente ao bolsista, mediante depósito mensal em conta corrente por ele indicada, e que a vigência das bolsas não poderá ultrapassar a vigência do presente Termo.
10. Que manterá sob sua guarda os documentos comprobatórios dos pagamentos efetuados, até 20 (vinte) anos após a aprovação final das contas da CAPES pelo Tribunal de Contas da União;
11. Que está sujeito às normas da CAPES e às condições contidas na legislação correlata que rege a execução de Auxílios e instrumentos congêneres, no que couber;
12. Que não é beneficiário de outro Auxílio da CAPES da mesma natureza vigente no mesmo período deste;
13. Que tem ciência de que esta declaração é feita sob pena da incidência dos artigos 297-299 do Código Penal Brasileiro sobre a falsificação de documento público e falsidade ideológica, respectivamente.

ASSINATURA/CARIMBO

Obrigatória assinatura do coordenador institucional.

Os campos a seguir serão preenchidos pela CAPES

6 – CONCESSÃO DO BENEFÍCIO				
CLASSIFICAÇÃO ORÇAMENTÁRIA	PTRES	NATUREZA DESPESA	VALOR	
			3390.20 CUSTEIO	
			4490.20 CAPITAL	
	TOTAL			
Vigência: Início: ____/____/____ Término: ____/____/____				
Os recursos serão liberados pela CAPES em função de suas disponibilidades orçamentárias e financeiras, podendo ocorrer em uma ou mais parcelas. Havendo desembolsos em exercícios futuros a CAPES emitirá Nota de Empenho no respectivo exercício do desembolso. A liberação de cada parcela será feita através de SLR – Solicitação de Liberação de Recursos, pela área finalística, e encaminhada ao setor financeiro para as providências de pagamento.				
ÁREA FINALÍSTICA		ORDENADOR DE DESPESA		
Solicitamos Autorização para Concessão do Apoio Financeiro nos valores aprovados, e descritos acima.		De Acordo. Autorizo a Concessão.		
Assinatura / Carimbo		Em ____/____/____	Assinatura / Carimbo	