

ANEXO III			
TERMO DE CONCESSÃO DE RECURSOS FINANCEIROS (TCR)			
TIPO:			Outros:
PROJETO Nº	ACORDO Nº	AUXPE Nº	
PROGMA:			OUTROS:
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO:			
IES:			
OBJETIVO DO PROJETO:			
JUSTIFICATIVA PARA IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO:			
POSSUI OUTRO AUXÍLIO DA CAPES VIGENTE ☐ não ☐ sim			
EM CASO POSITIVO JUSTIFICATIVA:			

1 – DADOS DO COORDENADOR RESPONSÁVEL/BENEFICIÁRIO					
CPF		NOME COMPLETO (sem abreviaturas)			
DATA DE NASCIMENTO / /	SEXO ☐ M ☐ F	IDENTIDADE (RG)	ÓRGÃO EMISSOR	UF	Data de Emissão / /
NACIONALIDADE ☐ Brasileiro ☐ Estrangeiro	PAÍS (se estrangeiro)	Nº DO PASSAPORTE (se estrangeiro)		VALIDADE / /	
TIPO DE VISTO (se estrangeiro) ☐ Provisório ☐ Profissional		VALIDADE (se provisório) / /		ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA ☐ Residencial ou ☐ Profissional	
ENDEREÇO RESIDENCIAL (logradouro)					BAIRRO
CEP	CIDADE	UF	DDD	FONE	FAX
					E-MAIL

DADOS BANCÁRIOS (CONTA BANCÁRIA ESPECÍFICA PARA MOVIMENTAÇÃO DOS RECURSOS PARA ESTE PROJETO):						
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/SUBÁRE A	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 COMISSIONADO		TIPO DE VÍNCULO	REGIME DE TRABALHO	
ENDEREÇO DA INSTITUIÇÃO (logradouro)					E - MAIL	
BAIRRO	CEP	CIDADE	U F	DDD	FONE	FAX

2 – INSTITUIÇÃO DE EXECUÇÃO DO PROJETO						
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)

CPF	NOME COMPLETO (sem abreviaturas)				
DATA DE NASCIMENTO / /	SEXO ☐ M ☐ F	IDENTIDADE (RG)	ÓRGÃO EMISSOR	UF	DATA EMISSÃO / /
CARGO			ASSINATURA/CARIMBO		

4 – PLANO DE APLICAÇÃO (PREENCHER COM VALOR TOTAL PREVISTO/APROVADO PARA O PROJETO)

GRUPO/TIPO DE DESPESA	VALOR SOLICITADO (R\$)	VALOR APROVADO PELA CAPES (preenchido pela CAPES)
DESPESAS DE CUSTEIO		
Material de Consumo		
Serviços de terceiros - Pessoa Física		
Serviços de terceiros - Pessoa Jurídica		
TOTAL CUSTEIO		
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. Subscrever e concordar integralmente com o Edital Acordo CAPES/CRN-4;
3. Saber que os recursos serão liberados pelo CRN-4 em função de sua disponibilidade orçamentária e financeira;
4. Que a conta bancária informada pelo coordenador do projeto destina-se específica e exclusivamente para gerir os recursos para execução do projeto aprovado;
5. Que utilizará os recursos de acordo com o estabelecido no Convênio firmado entre a Universidade/CRN-4, respeitando os itens orçamentários aprovados pela CAPES, apresentados na Planilha de Previsão de Gastos; as despesas deverão ocorrer dentro do prazo de vigência estabelecido para execução do projeto;
6. Possui anuência formal da INSTITUIÇÃO de execução do projeto;

7. Que manterá sob sua guarda os documentos comprobatórios dos pagamentos efetuados, até 20 (vinte) anos após a aprovação final das contas do CRN-4 pelo Tribunal de Contas da União;
8. Que está sujeito às normas do CRN-4 e às condições contidas na legislação correlata que rege a execução de Auxílios e instrumentos congêneres, no que couber; e
9. 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

Os campos a seguir serão preenchidos pela CAPES

6 – CONCESSÃO DO BENEFÍCIO			
CLASSIFICAÇÃO	PTRES	NATUREZA DESPESA	VALOR
		3390.20 CUSTEIO	
	TOTAL		
Vigência:		Início: ____ / ____ / ____ Término: ____ / ____ / ____	
Os recursos serão liberados pelo CRN-4 em função de sua disponibilidade orçamentária e financeira, podendo ocorrer em uma ou mais parcelas. Havendo desembolsos em exercícios futuros o CRN-4 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, descritos acima.		De Acordo. Autorizo a Concessão.	
Assinatura / Carimbo		Em ____ / ____ / ____	Assinatura / Carimbo