



### Anexo III

| <b>AUXÍLIO FINANCEIRO A PROJETO EDUCACIONAL E DE PESQUISA - AUXPE</b>                           |           |          |         |
|---|-----------|----------|---------|
| <b>TERMO DE SOLICITAÇÃO E CONCESSÃO DE APOIO FINANCEIRO A PROJETO</b>                           |           |          |         |
| TIPO:   |           |          | Outros: |
| PROJETO Nº  | ACORDO Nº | AUXPE Nº |         |
| PROGRAMA:   |           |          | OUTROS: |
| PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO:  |           |          |         |
| IES:  |           |          |         |
| OBJETIVO DO PROJETO:  |           |          |         |
| JUSTIFICATIVA PARA IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO:  |           |          |         |
| POSSUI OUTRO AUXÍLIO DA CAPES VIGENTE <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim |           |          |         |
| EM CASO POSITIVO JUSTIFICATIVA:   |           |          |         |

| <b>1 – DADOS DO COORDENADOR RESPONSÁVEL/BENEFICIÁRIO</b>  |   |                                    |  |                           |                               |        |
|---|---|------------------------------------|--|---------------------------|-------------------------------|--------|
| CPF   | NOME COMPLETO (sem abreviaturas)                              |                                    |  |                           |                               |        |
| DATA DE NASCIMENTO<br>/ /   | SEXO<br><input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | IDENTIDADE (RG)                    | ÓRGÃO EMISSOR  | UF                        | Data de Emissão<br>/ /        |        |
| NACIONALIDADE<br><input type="checkbox"/> Brasileiro <input type="checkbox"/> Estrangeiro                   | PAÍS (se estrangeiro)   | N.º DO PASSAPORTE (se estrangeiro) |  | VALIDADE<br>/ /           |                               |        |
| TIPO DE VISTO (se estrangeiro)<br><input type="checkbox"/> Provisório <input type="checkbox"/> Profissional | VALIDADE (se provisório)<br>/ /                               |                                    | ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA<br><input type="checkbox"/> Residencial ou <input type="checkbox"/> Profissional |                           |                               |        |
| ENDEREÇO RESIDENCIAL (logradouro)   |   |                                    |  | BAIRRO                    |                               |        |
| CEP   | CIDADE  | UF                                 | DDD  | FONE                      | FAX                           | E-MAIL |
| <b>DADOS BANCÁRIOS (CONTA BANCÁRIA ESPECÍFICA PARA MOVIMENTAÇÃO DOS RECURSOS PARA ESTE PROJETO):</b>        |   |                                    |  |                           |                               |        |
| BANCO<br><b>BANCO DO BRASIL</b>   | N.º DA AGÊNCIA  | NOME DA AGÊNCIA                    |  | N.º DA CONTA (específica) |                               |        |
| <b>1.1 – FORMAÇÃO ACADÊMICA/ TITULAÇÃO</b>  |   |                                    |  |                           |                               |        |
| TÍTULO DE MAIS ALTO NÍVEL OBTIDO  |   |                                    |  |                           |                               |        |
| ÁREA/SUBÁREA  | PAÍS  | ANO INÍCIO                         |  | ANO CONCLUSÃO             |                               |        |
| INSTITUIÇÃO   |   |                                    |  |                           | SIGLA                         |        |
| <b>1.2 – ATUAÇÃO PROFISSIONAL / LOCAL DE TRABALHO</b>   |   |                                    |  |                           |                               |        |
| 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        |                               |        |
| ENDEREÇO DA INSTITUIÇÃO (logradouro)  |   |                                    |  |                           | E - MAIL                      |        |
| BAIRRO  | CEP   | CIDADE                             | UF   | DDD                       | FONE                          | FAX    |



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

| 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<br>/ /  | SEXO<br><input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | IDENTIDADE (RG)                  | ÓRGÃO EMISSOR      | UF | DATA EMISSÃO<br>/ / |
| 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<br>(preenchido pela CAPES) |
| <b>DESPESAS DE CUSTEIO</b>  |                        |  |
| Bolsa de estudo   |                        |  |
| Diária  |                        |  |
| Material de Consumo   |                        |  |
| Passagem e Despesa com Locomoção  |                        |  |
| Serviços de terceiros - Pessoa Física   |                        |  |
| Serviços de terceiros - Pessoa Jurídica   |                        |  |
| <b>TOTAL CUSTEIO</b>  |                        |  |
| <b>DESPESAS DE CAPITAL</b>  |                        |  |
| Equipamentos e Material Permanente  |                        |  |
| Instalações   |                        |  |
| Aquisição/desenvolvimento de software   |                        |  |
| <b>TOTAL GERAL</b>  |                        |  |

| 5. DECLARAÇÃO   |
|---|
| Ao enviar este documento à CAPES, o BENEFICIÁRIO DECLARA FORMALMENTE:   |
| <ol style="list-style-type: none"><li>1. Conhecer o Regulamento que disciplina as condições gerais que regem o presente Termo;</li><li>2. Saber que o documento referido no item “a” é parte integrante do presente Termo;</li><li>3. Subscrever e concordar integralmente com o Regulamento;</li><li>4. Saber que os recursos serão liberados pela CAPES em função de suas disponibilidades orçamentárias e financeiras;</li><li>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;</li><li>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;</li><li>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;</li><li>8. Possuir anuência formal da INSTITUIÇÃO de execução do projeto;</li><li>9. No caso de o projeto incluir a concessão de bolsas:<ol style="list-style-type: none"><li>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;</li><li>b) que comunicará à CAPES a substituição do bolsista nos casos em que isso seja previsto e permitido;</li></ol></li></ol> |



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

**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 |  |                      |
| <b>Vigência:</b>  |       | 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.<br>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. |       |  |                      |
| <b>ÁREA FINALÍSTICA</b>   |       | <b>ORDENADOR DE DESPESA</b>                    |                      |
| Solicitamos Autorização para Concessão do Apoio Financeiro nos valores aprovados, e descritos acima.  |       | De Acordo. Autorizo a Concessão.               |                      |
| Assinatura / Carimbo  |       | Em<br>____/____/____                           | Assinatura / Carimbo |