



Anexo III

AUXÍLIO FINANCEIRO A PROJETO EDUCACIONAL E DE PESQUISA - AUXPE			
TERMO DE SOLICITAÇÃO E CONCESSÃO DE APOIO FINANCEIRO A PROJETO			
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:			

1 – DADOS DO COORDENADOR RESPONSÁVEL/BENEFICIÁRIO						
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 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/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 COMISSIONADO		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 / /	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> 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		
Bolsa de estudo		
Diária		
Material de Consumo		
Passagem e Despesa com Locomoção		
Serviços de terceiros - Pessoa Física		
Serviços de terceiros - Pessoa Jurídica		
TOTAL CUSTEIO		
DESPESAS DE CAPITAL		
Equipamentos e Material Permanente		
Instalações		
Aquisição/desenvolvimento de software		
TOTAL GERAL		

5. DECLARAÇÃO
Ao enviar este documento à CAPES, o BENEFICIÁRIO DECLARA FORMALMENTE:
<ol style="list-style-type: none">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:<ol style="list-style-type: none">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

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