

# INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO TERMO AUXPE

## Anexo III

1. Os documentos encaminhados à CAPES devem ser originais e assinados em duas vias. Não serão aceitas cópias ou assinaturas eletrônicas (digitais) em qualquer um dos campos. Portanto, não há a necessidade de enviar os termos AUXPE por e-mail, já que eles não terão validade para a CAPES.

2. Apenas os seguintes campos devem ser preenchidos e/ou assinados no termo:

- Cabeçalho (identificação do Programa Proex e da IES e do nome do PPG)
- 1 - Dados do coordenador responsável/beneficiário;
- 2 - Concordância da instituição – não datar (não pode ser assinado por “p/”, ou seja, os dados preenchidos e a assinatura devem ser da mesma pessoa); e
- 5- Declaração (não datar)

3. O campo 4 – Plano de aplicação – não deve ser preenchido.

4. O campo 6 – Concessão do Benefício – não deve ser preenchido.

# Esquema de Preenchimento



**CAPES – COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR**  
 CGC 00.339.334/0001-03  
 Endereço: SBN Quadra 02 Lote 06 Bloco L, CEP 70040-020, Brasília - DF  
 Anexo III - Portaria nº 50, de 14 de maio de 2013

**Campo Obrigatório:**  
 Identificar o Programa de Pós-Graduação

**Campo obrigatório:**  
 Colocar a sigla "PROEX" para fins de facilitar a localização do documento junto ao protocolo da CAPES

## Anexo III

**Campo obrigatório:**  
 Identificar IES

### AUXILIO FINANCEIRO A PROJETO EDUCACIONAL E DE PESQUISA - AUXPE TERMO DE SOLICITAÇÃO E CONCESSÃO DE APOIO FINANCEIRO A PROJETO

TIPO:	não necessário o preenchimento		Outros:	não necessário o preenchimento	
PROJETO Nº	ACORDO Nº	AUXPE Nº		não necessário o preenchimento	
PROGRAMA:				OUTROS:	não necessário o preenchimento
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:					

**Campo obrigatório:**  
 Marcar se o beneficiário já teve auxílio junto a Capes

#### 1 – DADOS DO COORDENADOR RESPONSÁVEL/BENEFICIÁRIO

**Campo obrigatório:**  
 Preencher os dados do(a) coordenador(a)

CPF		NOME COMPLETO (sem abreviaturas)				
DATA DE NASCIMENTO / /	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	IDENTIDADE (RG)	ORGÃO 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	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)	
ORGÃO (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

# Esquema de Preenchimento



**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 (Dept., Laboratório, Núcleo, etc.)						
ENDEREÇO DA INSTITUIÇÃO (logradouro)						
BAIRRO	CEP	CIDADE	UF	DDD	FONE	FAX

**Campo obrigatório:**  
Preencher os dados da Instituição de execução do projeto

**Campo obrigatório:**  
Preencher os dados do Representante Legal (Reitor(a), Pro-Reitor(a), Decano(a), Diretor(a) etc)

**3 – CONCORDANCIA DA INSTITUIÇÃO (Dirigente Máximo ou Substituto ou Representante Legal por delegação de competência)**

CPF	NOME COMPLETO (sem abreviaturas)					
DATA DE NASCIMENTO	SEXO	IDENTIDADE (RG)	ÓRGÃO EMISSOR	UF	DATA	
/ /	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F					
CARGO	ASSINATURA/CARIMBO					

**Campo obrigatório:**  
Assinatura e carimbo do representante Legal.  
Obs: Não pode ser assinado por "p/", ou seja, os dados preenchidos e a assinatura devem ser da mesma pessoa e não pode ser assinaturas eletrônicas

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

GRUPO/TIPO DE DESPESA	VALOR SOLICITADO (R\$)	VALOR APROVADO (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>		

Não é necessário o preenchimento. Este campo não deve ser rasurado. (Exclusivo da Capes)

10. Que mantiver 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 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.

**Campo obrigatório:**  
Assinatura do(a) Coordenador(a) de próprio punho.

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	
	<b>TOTAL</b>		

**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 desembolso 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

Não é necessário o preenchimento. Este campo não deve ser rasurado. (Exclusivo da Capes)

**Por obséquio, solicitamos em não replicar estas orientações de preenchimento para outros convênios/auxílios de sua instituição com a CAPES.**