

INTRUÇÕES 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 DINTER e da IES e do nome do PPG)
- “Possui outro auxílio da CAPES vigente”;
- 1 - Dados do coordenador responsável/beneficiário;
- 2 - Instituição de execução do projeto;
- 3 - Concordância da instituição – **não datar (não pode ser assinado por “p/”, ou seja, os dados preenchidos e a assinatura devem ser da mesma pessoa);**
- 5 - Declaração (**não datar**); e
- 6 - Concessão do Benefício – **não deve ser preenchido.**

Destaca-se que o não cumprimento das instruções acima relacionadas atrasará os procedimentos que darão início aos pagamentos de custeio do programa. Outrossim, é aconselhável que haja agilidade para o envio de toda documentação solicitada.

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

° 59, de 14 de maio de 2013

Anexo III

TERMO DE SOLICITAÇÃO E CONCESSÃO DE APOIO FINANCEIRO A PROJETO

Campo obrigatório:
Identificar IES e Programa de Pós-Graduação.

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

Campo obrigatório:
Identificar IES.

Campo obrigatório:
Marcar se o Beneficiário já teve auxílio junto a CAPES.

TIPO:	Não necessário o preenchimento	Outros: Não necessário o preenchimento
PROJETO Nº	ACORDO Nº	AUXPE Nº
	Não necessário o preenchimento	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 EM CASO POSITIVO JUSTIFICATIVA:	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim	

1 – DADOS DO COORDENADOR RESPONSÁVEL/BENEFICIÁRIO							<p>Campo obrigatório: Preencher os dados do(a) coordenador(a)</p>
CPF		NOME COMPLETO (sem abreviaturas)					
DATA DE NASCIMENTO	SEXO	IDENTIDADE (RG)		ÓRGÃO EMISSOR	UF	Data de Emissão	
/ /	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F					/ /	
NACIONALIDADE		PAÍS (se estrangeiro)		N.º DO PASSAPORTE (se estrangeiro)		VALIDADE	
<input type="checkbox"/> Brasileiro <input type="checkbox"/> Estrangeiro						/ /	
TIPO DE VISTO (se estrangeiro)			VALIDADE (se provisório)		ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA		
<input type="checkbox"/> Provisório <input type="checkbox"/> Profissional			/ /		<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)		
BANCO DO BRASIL							
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	

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 2017

2 - INSTITUIÇÃO DE EXECUÇÃO DO PROJETO ← **Campo obrigatório:**
 Preencher os dados da Instituição de execução do projeto.

INSTITUIÇÃO (Universidade, Centro, Empresa, etc.)		SIGLA	CGC ou UG/GESTÃO (se Federal)
ORGÃO (Instituto, Faculdade, etc.)			
UNIDADE (Departamento, Laboratório, etc.)			
ENDEREÇO DA INST.			
BAIRRO	CEP	CIDADE	

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

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 podem ser assinaturas eletrônicas.

3 - CONCORDANCIA 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)	ORGÃO 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		

Não é necessário o preenchimento. Este Campo não deve ser rasurado. (Exclusivo da CAPES.)

10. Que manterá sob sua guarda os documentos comprobatórios dos pagamentos e 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) a 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	
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 emita 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.
	Em
Assinatura / Carimbo	Assinatura / Carimbo

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