

**Ficha de Cadastro / Termo de Compromisso do Bolsista (\*) Campos Obrigatórios**

|                                                                         |                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |
|-------------------------------------------------------------------------|---------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 1. Data do cadastramento *                                              |                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |
| 2. Nome da Instituição ao qual esta vinculado (SIGLA + NOME) *          |                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |
| 3. Tipo do Curso ao qual esta vinculado *                               |                           | <input type="checkbox"/> Aperfeiçoamento <input type="checkbox"/> Bacharelado <input type="checkbox"/> Lato Sensu <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Extensão<br><input type="checkbox"/> Seqüencial <input type="checkbox"/> Tecnólogo <input type="checkbox"/> Mestrado <input type="checkbox"/> Doutorado |  |
| 4. Nome do Curso ao qual esta vinculado *                               |                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |
| 5. Função no Programa- Tipo de Bolsa *                                  |                           | <b>TUTOR</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |
| 6. Número do CPF *                                                      |                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |
| 7. Nome Completo *                                                      |                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |
| 8. Profissão *                                                          |                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |
| 9. Sexo *                                                               |                           | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |
| 10. Data de Nascimento *                                                |                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |
| 11. N° documento de identificação *                                     |                           | 12. Tipo documento de identificação *                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |
| 13. Data de Emissão do documento *                                      |                           | 14. Órgão Expedidor do documento *                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |
| 15. Unidade Federativa Nascimento *                                     |                           | 16. Município Local Nascimento *                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |
| 17. Estado Civil *                                                      |                           | <input type="checkbox"/> Solteiro (a) <input type="checkbox"/> Casado (a) <input type="checkbox"/> Separado (a)<br><input type="checkbox"/> Divorciado (a) <input type="checkbox"/> Viúvo (a) <input type="checkbox"/> União Estável                                                                                                     |  |
| 18. Nome cônjuge                                                        |                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |
| 19. Nome do Pai                                                         |                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |
| 20. Nome da Mãe *                                                       |                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |
| <b>Endereço para Contato</b>                                            |                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |
| 21. Endereço Residencial *                                              |                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |
| 22. Complemento do endereço                                             |                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |
| 23. Número                                                              | 24. Bairro                | 25. CEP *                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |
| 26. Unidade Federativa *                                                | 27. Município *           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |
| 28. Código DDD *                                                        | 29. Telefone de contato * | 30. Telefone celular *                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |
| 31. E-mail de contato *                                                 |                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |
| <b>Dados da Formação em Nível Superior</b>                              |                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |
| 32. Área do último Curso Superior Concluído *                           |                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |
| 33. Último curso de titulação *                                         |                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |
| 34. Nome da Instituição de Titulação *                                  |                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |
| <b>Informações Bancárias</b>                                            |                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |
| 35. Banco *                                                             |                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |
| 36. Agência *                                                           |                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |
| 37. Conta Corrente *                                                    |                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |
| <b>ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO PROGRAMA</b>                                  |                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |
| Denominação                                                             |                           | Sigla                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |
| DIRETORIA DE EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA                                       |                           | DED/CAPES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |
| <b>Endereço</b>                                                         |                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |
| SBN Quadra 02 Bloco L Lote 6, 8º andar - CEP: 70040 -020, Brasília – DF |                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |



### Atribuições do Bolsista

- Mediar a comunicação de conteúdos entre o professor e o cursistas;
- Acompanhar as atividades discentes, conforme o cronograma do curso;
- Apoiar o professor da disciplina no desenvolvimento das atividades docentes;
- Estabelecer contato permanente com os alunos e mediar as atividades discentes;
- Colaborar com a coordenação do curso na avaliação dos estudantes;
- Participar das atividades de capacitação e atualização promovidas pela Instituição de Ensino;
- Elaborar relatórios mensais de acompanhamento dos alunos e encaminhar à coordenadoria de tutoria;
- Participar do processo de avaliação da disciplina sob orientação do professor responsável;
- Manter regularidade de acesso ao Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA) e dar retorno às solicitações dos cursistas no prazo máximo de 24 horas;
- Apoiar operacionalmente a coordenação do curso nas atividades presenciais nos pólos, em especial na aplicação de avaliações.

### Dos produtos

Com relação aos produtos, por mim elaborados, exclusivamente ou em coautoria, em atividades exercidas em decorrência da percepção de parcelas desta bolsa:

Autorizo, sem qualquer restrição, o licenciamento aberto do produto pela Instituição de Ensino ou pela CAPES, por meio da Licença *Creative Commons*, ou similar, na modalidade abaixo por mim selecionada, ou de licença equivalente, o que permitirá as respectivas ações abaixo relacionadas, desde que atribuam o devido crédito pela criação original, em conformidade com as orientações da DED/Capes em vigor. Devidamente licenciado, o material será disponibilizado em repositório institucional aberto da Instituição de Ensino ou ainda outro a ser indicado pela Capes.

**Uma das opções abaixo deverá ser assinalada de acordo com a licença selecionada, preferencialmente a opção (a).**

- (a) ( ) **CC-BY-SA**: esta licença permite que outros remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito e que licenciem as novas criações sob termos idênticos.
- (b) ( ) **CC-BY**: esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original.
- (c) ( ) **CC-BY-NC-SA**: esta licença permite que outros remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho para fins não comerciais, desde que atribuam o devido crédito e que licenciem as novas criações sob termos idênticos.
- (d) ( ) **CC-BY-NC**: esta licença permite que outros remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho para fins não comerciais, e embora os novos trabalhos tenham de lhe atribuir o devido crédito e não possam ser usados para fins comerciais, os usuários não têm de licenciar esses trabalhos derivados sob os mesmos termos.

### Declaração

Declaro ter ciência dos direitos e das obrigações inerentes à qualidade de bolsista na função de TUTOR e nesse sentido, COMPROMETO-ME a respeitar as cláusulas descritas nas atribuições do bolsista deste Termo de Compromisso. Declaro, ainda, sob as penas da lei, que as informações prestadas são a expressão da verdade e que preencho plenamente os requisitos expressos na Portaria Capes \_\_\_\_/2016.

Estou ciente, também, que a inobservância dos requisitos citados acima implicará(ão) no cancelamento da(s) bolsa(s), com a restituição integral e imediata dos recursos, de acordo com as regras previstas e que o não cumprimento dos dispositivos legais acarretará na suspensão, por cinco anos, do bolsista para recebimento de bolsas no âmbito da CAPES.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.  
Local Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Bolsista

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Coordenador UAB da IPES