

**ANEXO I**

# FICHA DE INSCRIÇÃO

Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome Social:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Matrícula: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ TURMA ANO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ORGAO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DATA DA EXPEDIÇAO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CPF\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Situação Funcional: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefones de contato com DDD: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Whatzapp)

E- MAIL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Belém, \_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2024.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura

**ANEXO II**

**TERMO DE COMPROMISSO**

**Programa Demanda Social - DS**

Declaro, para os devidos fins, que eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, aluno (a) devidamente matriculado (a) na Universidade/Fundação/Instituto/Associação/Escola/Faculdade\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ no Programa de Pós-Graduação \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sob o número de matrícula \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, em nível de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, tenho ciência das obrigações inerentes à qualidade de beneficiário de bolsa, conforme regulamento vigente do Programa de Demanda Social – DS, anexo à Portaria nº 76, de 14 de abril de 2010, e da Portaria nº 133, de 10 de julho de 2023, e nesse sentido, COMPROMETO-ME a respeitar as seguintes cláusulas:

***I –*** *dedicar-me integralmente às atividades do Programa de Pós-Graduação;*

***II –*** *comprovar desempenho acadêmico satisfatório, consoante às normas definidas pela instituição promotora do curso;*

***III –*** *realizar estágio de docência de acordo com o estabelecido no art. 18 do regulamento vigente;*

***VI –*** *ser classificado no processo seletivo especialmente instaurado pela Instituição de Ensino Superior em que realiza o curso;*

***V*** *– apresentar Declaração de Acúmulo para informar eventuais, bolsas, vínculos empregatícios ou outros rendimentos e obter autorização da Instituição de Ensino Superior ou do Programa de Pós-Graduação, antes do início da vigência da bolsa;*

***VI-*** *informar à coordenação do Programa de Pós-Graduação, por meio de Declaração de Acúmulo, qualquer alteração referente a acúmulos de bolsas, vínculos empregatícios ou outros rendimentos, para fins de atualização das informações na plataforma de concessão e acompanhamento de bolsas;*

***VII –*** *não acumular bolsa de mestrado e doutorado no País com outras bolsas, nacionais e internacionais, de mesmo nível, financiadas com recursos públicos federais;*

***VIII –*** *citar a* *Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Novel Superior - CAPES em trabalhos produzidos e publicados em qualquer mídia, que decorram de atividades financiadas, integral ou parcialmente, pela referida Fundação, conforme art. 1º da Portaria nº 206, de 4 de setembro de 2018;*

***IX –*** *assumir a obrigação de restituir os valores despendidos com bolsa, na hipótese de interrupção do estudo, salvo se motivada por caso fortuito, força maior, circunstância alheia à vontade ou doença grave devidamente comprovada.*

A inobservância das cláusulas citadas acima, ou se praticada qualquer fraude pelo(a) beneficiário, implicará no cancelamento da bolsa, com a restituição integral e imediata dos recursos, atualizados de acordo com os índices previstos em lei competente, acarretando ainda, a impossibilidade de receber benefícios por parte da CAPES, pelo período de 5 (cinco) anos, contados do conhecimento do fato.

*Local e data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Assinatura do(a) beneficiário(a) da bolsa:*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| *Coordenador(a) do Programa de Pós-Graduação**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Carimbo e assinatura* |



**ANEXO III**

**DECLARAÇÃO DE ACÚMULOS**

Declaro, para os devidos fins, que eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, aluno (a) devidamente matriculado (a) da Universidade/Fundação/Instituto/Associação/Escola/Faculdade\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ no Programa de Pós-Graduação \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sob o número de matrícula \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, em nível de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, em atenção à Portaria nº 133, de 10 de julho de 2023, informo que possuo vínculo empregatício ou outros rendimentos, conforme declarado abaixo:

**☐** Cadastramento de bolsa **☐** Atualização de bolsa Processo SCBA nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Atividades Remuneradas:**

|  |
| --- |
| **Tipo de Vínculo 1** |
| **☐** CLT | **☐** Pessoa Jurídica | **☐** Regime Jurídico Único | **☐** Temporário Lei 6.019/74 | **☐** Contrato por prazo determinado Lei 9.601/98 |
| Início da Atividade: |  | Fim da Atividade: |  |
| Seção CNAE\*: |  | Divisão CNAE\*: |  |

|  |
| --- |
| **Tipo de Vínculo 2** |
| **☐** CLT | **☐** Pessoa Jurídica | **☐** Regime Jurídico Único | **☐** Temporário Lei 6.019/74 | **☐** Contrato por prazo determinado Lei 9.601/98 |
| Início da Atividade: |  | Fim da Atividade: |  |
| Seção CNAE\*: |  | Divisão CNAE\*: |  |

|  |
| --- |
| **Tipo de Vínculo 3** |
| **☐** CLT | **☐** Pessoa Jurídica | **☐** Regime Jurídico Único | **☐** Temporário Lei 6.019/74 | **☐** Contrato por prazo determinado Lei 9.601/98 |
| Início da Atividade: |  | Fim da Atividade: |  |
| Seção CNAE\*: |  | Divisão CNAE\*: |  |

\* Utilizar nº CNAE anexo

1. **Outros Rendimentos**

|  |
| --- |
| **Informar os outros rendimentos que possui:** |
| 1- |
| Início da Atividade: |  | Fim da Atividade: |  |
| 2- |
| Início da Atividade: |  | Fim da Atividade: |  |
| 3- |
| Início da Atividade: |  | Fim da Atividade: |  |

1. **Bolsas Declaratórias**
* Acumulará essa bolsa Capes com outra bolsa, nacional ou internacional, de mesmo nível, financiada com recursos públicos federais?

**☐ Sim ☐ Não**

* Acumulará essa bolsa Capes com outra bolsa, nacional ou internacional, cuja legislação vigente vede expressamente o acúmulo?

**☐ Sim ☐ Não**

* Acumulará essa bolsa Capes com outra bolsa, nacional ou internacional, de mesmo nível, financiada com recursos não federais?

**☐ Sim ☐ Não**

* Acumulará essa bolsa Capes com outra bolsa, nacional ou internacional, que não seja de mesmo nível?

**☐ Sim ☐ Não**

*Local e data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Assinatura do(a) beneficiário(a):*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**☐ Os acúmulos registrados acima estão de acordo com os critérios de acúmulo previstos no regulamento da Instituição de ensino e pesquisa ou PP*G****.*

|  |
| --- |
| *Coordenador(a) do Programa de Pós-Graduação**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Carimbo e assinatura* |