



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

UFCSPA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
ORDEM DE SERVIÇO Nº 01/2019/PROPPG DE 23 DE JULHO DE 2019

A PRÓ-REITORA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE, no uso de suas atribuições legais e estatutárias, conferidas pela Portaria nº. 224 de 25 de abril de 2019 e publicada no Diário Oficial da União em 30 de abril de 2019, e em consonância com a Coordenação de Pós-Graduação *Stricto Sensu* estabelece as orientações sobre o Termo de Compromisso do bolsista dos Programas de Pós-Graduação (PPGs) da UFCSPA.

RESOLVE:

1. Todos os PPGs da UFCSPA deverão utilizar o mesmo TERMO DE COMPROMISSO do bolsista que consta como Anexo I deste documento.
2. Quando da concessão da bolsa, o bolsista deverá preencher e assinar o TERMO DE COMPROMISSO do bolsista (Anexo I). O bolsista, ao assinar o termo, fica comprometido a respeitar as cláusulas constantes, baseadas nas portarias: CAPES/CNPq Nº 01, de 12/12/2007 e Nº 01 CAPES/CNPq, de 15/07/2010, presentes no referido termo.
3. Os bolsistas poderão receber complementação financeira proveniente de outras fontes, desde que se dediquem integralmente às atividades relacionadas à sua área de atuação e de interesse para sua formação acadêmica, científica e tecnológica, sendo vedada a acumulação de bolsas provenientes de agências públicas de fomento. Os referidos bolsistas poderão exercer atividade remunerada, especialmente quando se tratar de docência em qualquer nível de ensino.
4. Para receber complementação financeira ou atuar como docente, o bolsista deve obter autorização por escrito, concedida por seu orientador (Anexo II), devidamente informada à Coordenação do PPG em que estiver matriculado. Além disso, o coordenador do PPG deverá fazer este registro no cadastro discente da CAPES na Plataforma Sucupira.
5. O TERMO DE COMPROMISSO deverá ser assinado pelo bolsista, pelo orientador, pelo Coordenador(a) do PPG e, após, deverá ser encaminhado à secretaria do Programa de Pós-Graduação ao qual o aluno está vinculado.
6. Estas normas entrarão em vigor na data de sua publicação no Boletim de Serviço. Todas as concessões de bolsas vigente deverão ser adequadas a esta ordem de serviço.

Porto Alegre, 23 de julho de 2019.

Márcia Giovenardi
Pró-Reitora de Pesquisa e Pós-Graduação



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

UFCSPA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE

ANEXO I

TERMO DE COMPROMISSO DO BOLSISTA

Declaro, para os devidos fins, que eu, _____

_____, (nome, endereço, nº do CPF, nacionalidade) aluno(a) devidamente classificada em processo seletivo e matriculado(a) no Programa de Pós-Graduação _____ da UFCSPA, sob o número _____, em nível de _____, tenho ciência das obrigações inerentes à qualidade de bolsista CAPES ou outra fonte pagadora, e nesse sentido, COMPROMETO-ME a respeitar as seguintes cláusulas:

I – manter dedicação integral às atividades do Programa de Pós-Graduação;

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

III – ao receber complementação financeira, proveniente de outras fontes (desde que relativa a atividades relacionadas à área de atuação e de interesse para a minha formação acadêmica, científica e tecnológica), a obter autorização, concedida por meu orientador, e informar à coordenação do Programa de Pós-Graduação em que estiver matriculado, para que possa efetuar o registro desta atividade no Cadastro Discente da CAPES, conforme estabelecido pela Portaria conjunta CAPES/CNPq Nº 01, de 15/07/2010;

IV – não possuir qualquer relação de trabalho com a promotora do Programa de Pós-Graduação ao qual estou matriculado(a);

V – não ser aluno(a) em Programa de Residência Médica, Uniprofissional ou Multiprofissional;

VI – realizar estágio docente, de acordo com o regulamento do Programa de Pós-Graduação ao qual estou matriculado(a);

VII – não acumular a percepção da bolsa com qualquer modalidade de auxílio ou bolsa de outro Programa da CAPES, de outra agência de fomento pública, nacional ou internacional, ou empresa pública ou privada, excetuando-se:



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

UFCSPA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE

a) os bolsistas da CAPES, matriculados em Programas de Pós-Graduação no país, selecionados para atuarem como professores substitutos nas instituições públicas de ensino superior, com a devida anuência do seu orientador, terão preservadas as bolsas de estudo;

b) conforme estabelecido pela Portaria conjunta Nº 01 CAPES/CNPq, de 12/12/2007, os bolsistas CAPES, matriculados em Programas de Pós-Graduação no país, poderão receber bolsa da Universidade Aberta do Brasil – UAB, quando atuarem como tutores. Em relação aos demais agentes da UAB, não será permitido o acúmulo dessas bolsas.

VIII – não interromper ou abandonar o Curso, antes de apresentar justificativa e obter, por escrito, autorização prévia da Coordenação do Programa de Pós-Graduação ao qual estou matriculado(a), sob pena de devolução de todas as parcelas recebidas, em valores atualizados.

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

Local e data:

Assinatura do(a) Bolsista:

Assinatura do(a) Orientador(a):

Assinatura do(a) Coordenador(a) do Programa de Pós-Graduação:



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

UFCSPA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE

ANEXO II

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DO ORIENTADOR

Eu, _____
_____ (nome, endereço, nº
do CPF, nacionalidade), autorizo que meu orientando(a) _____
matriculado(a) regularmente no Programa de Pós-Graduação _____
da UFCSPA, em nível de ensino _____, receba complementação financeira ou atue como
docente em qualquer nível do ensino. Atesto que as atividades que o bolsista irá exercer estão
relacionadas com a sua área de atuação e são de interesse para a sua formação acadêmica, científica e
tecnológica. Além disso, nos comprometemos com os prazos e as obrigações assumidas no ingresso do
Curso.

Abaixo a descrição sucinta destas atividades:

-
-
-
-
-
-
-
-
-
-

Local e data:

Assinatura do(a) Bolsista:

Assinatura do(a) Orientador(a):

Ciência do Coordenador(a) do Programa de Pós-Graduação: