



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
UNIVERSIDADE ABERTA DO PIAUÍ
Centro de Educação Aberta e a Distância
COORDENAÇÃO DO CURSO DE BACHARELADO EM TURISMO
Rua Olavo Bilac, 1148 – Centro Sul
CEP 64280-001 – Teresina PI
Site: www.cead.ufpi.br

EDITAL Nº 092020 – CEAD/UFPI
CONVOCAÇÃO DE PROFESSOR FORMADOR PARA O CURSO DE
BACHARELADO EM TURISMO

A Coordenação do Curso de Turismo convoca os professores formadores abaixo listados para apresentarem os seguintes documentos junto à coordenação do Curso de Bacharelado em Turismo, **no período de 05/09 à 12/09/2020**, que deverão ser enviadas para o email: coordturismocead@ufpi.edu.br. O não cumprimento do prazo, implica em desistência automática, sendo assim, será convocado o próximo da lista.

Documentação:

1. Termo de Compromisso do Bolsista - CAPES
2. Declaração de Pagamento de Bolsas UAB
3. Cadastro de Pessoa Física/ Prestador de Serviço – Ficha FADEX

Em anexo as fichas a serem preenchidas, digitalizadas e enviadas para o email:
coordturismocead@ufpi.edu.br.

1. PROFESSORES 2020.2

Disciplina	Professor
Metodologia do Trabalho Científico	Juscelino Gomes Lima
Ecoturismo	Cícero Rodrigues de Sousa
Cultura Popular Brasileira e Piauiense	Alex de Mesquita Marinho
Administração Aplicada ao Turismo e à Hotelaria	Anderson Fontenele Vieira

Teresina, 03 de setembro de 2020.

Prof. Dr. João Carlos Hipólito B. do Nascimento
SIAPE: 2027033

Prof. Dr. João Carlos Hipólito Bernardes do Nascimento



FORMULÁRIO DE CADASTRAMENTO DE BOLSISTAS DA
UNIVERSIDADE ABERTA DO BRASIL



ANEXO VI PORTARIA CAPES Nº ____/2016

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 *				() Aperfeiçoamento () Bacharelado () Lato Sensu () Licenciatura () Extensão () Sequencial () Tecnólogo () Mestrado () Doutorado					
4. Nome do Curso ao qual esta vinculado *									
5. Função no Programa- Tipo de Bolsa *				PROFESSOR FORMADOR					
6. Número do CPF *									
7. Nome Completo *				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
8. Profissão *									
9. Sexo *		M F		10. Data de Nascimento *					
11. N° documento de identificação *				12. Tipo documento de identificação *					
13. Data de Emissão do documento *		<input type="checkbox"/>		14. Órgão Expedidor do documento <input type="checkbox"/>					
15. Unidade Federativa Nascimento *		<input type="checkbox"/>		16. Município Local Nascimento *		<input type="checkbox"/>			
17. Estado Civil *				Solteiro (a) Divorciado (a)		Casado (a) Viúvo (a)		Separado (a) União Estável	
18. Nome cônjuge									
19. Nome do Pai									
20. Nome da Mãe *									
Endereço para Contato									
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 *									
Dados da Formação em Nível Superior									
32. Área do último Curso Superior Concluído *									
33. Último curso de titulação *									
34. Nome da Instituição de Titulação *									
Informações Bancárias									
35. Banco *									
36. Agência *									
37. Conta Corrente*									
ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO PROGRAMA									
Denominação DIRETORIA DE EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA				Sigla DED/ CAPES					
Endereço SBN Quadra 02 Bloco L Lote 6, 8º andar - CEP: 70040 -020, Brasília – DF									



Atribuições do Bolsista

- Desenvolver as atividades docentes na capacitação de coordenadores, professores e tutores mediante o uso dos recursos e metodologia previstos no plano de capacitação;
- Participar das atividades de docência das disciplinas curriculares do curso;
- Participar de grupo de trabalho para o desenvolvimento de metodologia na modalidade a distância;
- Participar e/ou atuar nas atividades de capacitação desenvolvidas na Instituição de Ensino;
- Coordenar as atividades acadêmicas dos tutores atuantes em disciplinas ou conteúdos sob sua coordenação;
- Desenvolver o sistema de avaliação de alunos, mediante o uso dos recursos e metodologia previstos no plano de curso;
- Apresentar ao coordenador de curso, ao final da disciplina ofertada, relatório do desempenho dos estudantes e do desenvolvimento da disciplina;
- Desenvolver, em colaboração com o coordenador de curso, a metodologia de avaliação do aluno;
- Desenvolver pesquisa de acompanhamento das atividades de ensino desenvolvidas nos cursos na modalidade a distância;
- Elaborar relatórios semestrais sobre as atividades de ensino no âmbito de suas atribuições, para encaminhamento à DED/CAPES/ MEC, ou quando solicitado.

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 PROFESSOR 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.

A opção deverá ser assinalada de acordo com os requisitos preenchidos.

PROFESSOR FORMADOR I

OU

PROFESSOR FORMADOR II

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



C A P E S

FORMULÁRIO DE CADASTRAMENTO DE BOLSISTAS DA
UNIVERSIDADE ABERTA DO BRASIL



ANEXO VI PORTARIA CAPES Nº ____/2016

Assinatura do Coordenador UAB da IPES



Declaração de Pagamento de Bolsas UAB

Em ____ de _____ de 2020

Eu, _____,

CPF: _____, bolsista da modalidade _____ do Sistema UAB, declaro que não possuo outros pagamentos de bolsas em desacordo com a legislação vigente.

Nome completo do bolsista

Observação: a assinatura do bolsista deverá ter sua firma reconhecida em cartório ou por meio de fé pública.

CADASTRO DE PESSOA FÍSICA / PRESTADOR DE SERVIÇO

DADOS PARA CADASTRAMENTO

ÓRGÃO / PROJETO			
NOME			
DATA DE NASCIMENTO		NATURALIDADE	
FILIAÇÃO: MÃE PAI			
ENDEREÇO RESIDENCIAL			
BAIRRO	CIDADE	ESTADO	CEP
TELEFONE RESIDENCIAL	CELULAR	E-MAIL	
RG	CPF	ÓRGÃO EXP/UF	
TIT. ELEITOR		PIS/PASEP	
INSS	ISS	CARTEIRA DE TRABALHO	

ESCOLARIDADE

1º GRAU ()

2º GRAU ()

3º GRAU ()

TITULARIDADE

ESPECIALIZAÇÃO () MESTRADO () DOUTORADO ()

SITUAÇÃO FUNCIONAL

BOLSISTA () DOCENTE () TÉCNICO () ADMINISTRATIVO ()

PRESTADOR DE SERVIÇOS () ÓRGÃO ORIGEM: _____

CONTA BANCÁRIA

BANCO: _____ AGÊNCIA: _____ Nº DA CONTA: _____

Local: _____

Assinatura: