



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL  
DIRETORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO

Rodovia SC 484 - Km 02, Fronteira Sul, CEP 89815-899, Telefone: (49) 2049-3121  
dir.posg@uffs.edu.br, www.uffs.edu.br

**ANEXO III**  
**TERMO DE COMPROMISSO DE PÓS-DOCTORADO - MODALIDADE COM BOLSA**

(Portaria nº. 086 de 03 de julho de 2013)

Eu, \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_,  
pesquisador de Pós-doutorado, vinculado ao Programa de Pós-Graduação em \_\_\_\_\_, tenho ciência das obrigações inerentes à qualidade de beneficiário de bolsa, aprovada conforme o art. 5º, inciso V, alínea “c” do regulamento vigente do Programa CAPES/PNPD e, nesse sentido, COMPROMETO-ME a respeitar as seguintes cláusulas:

- I – possuir o título de doutor, quando da implementação da bolsa, obtido em cursos avaliados pela CAPES e reconhecidos pelo CNE/MEC;
- II – apresentar curriculum vitae atualizado na Plataforma Lattes do CNPq ou, se estrangeiro, modelo de Currículo (Anexo III da Portaria CAPES/MEC nº. 86/2013), histórico de registro de patentes e/ou publicação de trabalhos científicos e tecnológicos de impacto e/ou prêmios de mérito acadêmico;
- III – não ser aposentado ou estar em situação equiparada;
- V - apresentar comprovação de afastamento da instituição de origem, por período compatível com o prazo de vigência da bolsa, para os casos em que se aplica;
- VI - não realizar o estágio de pós-doutorado na mesma instituição com a qual possui vínculo empregatício;
- VII- elaborar Relatório de Atividades Anual e submetê-lo à aprovação do Programa de Pós-Graduação, bem como, encaminhar Relatório Final em até 60 (sessenta) dias após o encerramento da respectiva bolsa;
- IX – restituir à CAPES os recursos recebidos irregularmente, quando apurada a não observância das normas do PNPD, salvo se motivada por caso fortuito, força maior, circunstância alheia a sua vontade ou doença grave devidamente comprovada e fundamentada, acarretando a impossibilidade de receber benefícios por parte da CAPES, pelo período de até cinco anos, contados do conhecimento do fato. A avaliação dessas situações fica condicionada à aprovação pela Diretoria Executiva da CAPES, em despacho fundamentado.

Assinatura do(a) beneficiário de bolsa: \_\_\_\_\_  
Local e data: \_\_\_\_\_

Coordenador(a) do Programa de Pós-Graduação (Nome, Carimbo e Assinatura)	Representante da Comissão de Bolsas Capes (Nome e assinatura)
--	---