|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CHECK LIST - BPG - CHAMADA FAPEMIG 04/2024** | | | | | | |
| **N° do Processo** | |  | | | **Status** |  |
| **Instituição** | |  | | | **Gestora** |  |
| **Bolsista** | |  | | | **Cidade onde trabalha/mora** |  |
| **Instituição onde será o curso** | |  | | | | |
| **Título** | |  | | | | |
| **Período do curso informado** | | **Início:** | **Término:** | | **Quantos meses:** |  |
| **Período do curso financiado** | | **Início:** | **Término:** | | **Quantos meses:** |  |
| **Período solicitado** | | **Início:** | **Término:** | | **Quantos meses:** |  |
| **Período financiado** | | **Início:** | **Término:** | | **Quantos meses:** |  |
| **Mensalidades de bolsas MESTRADO SOLICITADAS** | | **Quantidade:** | **Parcial:** R$ 1.050,00 | | **Integral:** R$ 2.100,00 | R$ |
| **Mensalidades de bolsas MESTRADO PERMITIDAS** | | **Quantidade:** | **Parcial:** R$ 1.050,00 | | **Integral:** R$ 2.100,00 | R$ |
| **Mensalidades de bolsas DOUTORADO SOLICITADAS** | | **Quantidade:** | **Parcial:** R$ 1.550,00 | | **Integral:** R$ 3.100,00 | R$ |
| **Mensalidades de bolsas DOUTORADO PERMITIDAS** | | **Quantidade:** | **Parcial:** R$ 1.550,00 | | **Integral:** R$ 3.100,00 | R$ |
| **Passagem 4** | | R$ | | | | |
| **Taxas Escolares5** | | R$ | | | | |
| **Despesas operacionais** | | **De bolsas e taxas escolares 2,5%** | | R$ | | |
| **De passagem 6%** | | R$ | | |
| **Total das Despesas Operacionais** | | R$ | | |
| **Total** | | R$ | | | | |
| **Modalidade** |  | **( ) Integral1** | | **( ) Parcial2** | | |
| **Sim** | **Não** | **REQUISITOS PARA AS TRÊS MODALIDADES** | | | | |
|  |  | Everest devidamente preenchido (6.2.8 Detalhamento de todos os itens de despesa necessários para a execução da proposta, se houver, contendo quantidade, valor unitário e justificativa.) | | | | |
|  |  | Curso ministrado por instituição diferente da Proponente (5.2.8) | | | | |
|  |  | Curso ministrado por instituição situada no território brasileiro (5.2.7.1) | | | | |
|  |  | Unidade SEI do solicitante, para assinatura do Instrumento Jurídico (6.2.4.6): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
|  |  | Comprovante de que o candidato é graduado em curso de nível superior (6.3.5) | | | | |
|  |  | **Liberado pela SUGESP/SEPLAG (6.3.2)**. **Ou** documento formal emitido pela chefia imediata informando da **compensação de horas**, conforme o Decreto n. 48.176/2021. **Ou** documento formal emitido pela área de Recursos Humanos informando que o servidor **não ficará afastado** do trabalho para realização do curso. | | | | |
|  |  | Arquivo eletrônico contendo o [Lattes](http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/busca.do?metodo=apresentar) (6.3.7) | | | | |
|  |  | Arquivo eletrônico contendo documento formal emitido pela área de RH informando (6.3.1):   * ser servidor efetivo ou empregado público concursado, com a instituição beneficiária do apoio do PCRH. * a **carga horária mínima de 30 horas** semanais. * restar de efetivo exercício, do tempo para sua habilitação para aposentadoria, o dobro do período necessário para o curso pretendido: **Doutorado 8 anos**; **Mestrado 4 anos**; **Especialização verificar a duração do curso, será o dobro**. * que o candidato **atua em área correlata ao conteúdo do curso pretendido.** | | | | |
|  |  | **Comprovante de aprovação** ou **matrícula** (6.3.3)  **Obs.:** Verificar se o candidato realmente está matriculado e se o título do projeto consta no comprovante de matrícula. Alguma informação ou documento que vincule ao projeto. | | | | |
|  |  | **Comprovante de inscrição (6.3.3.1)**, caso o resultado da seleção não seja divulgado até o momento de fechamento desta Chamada (18/03/2024).  (Obs.: O comprovante final de aprovação deve ser encaminhado em até **60 dias** após a divulgação de resultado (21/05/2024) da Chamada, ou seja, até 21/07/2024. | | | | |
|  |  | Parecer de recomendação da autoridade competente da instituição beneficiária (**ANEXO I**) (6.3.4):  Declaro que o(a) servidor(a) <Nome completo do servidor>, MASP <no. do MASP> lotado no(a) <Nome da instituição credenciada no PCRH> está autorizado(a) a realizar o curso de <tipo de curso> em <nome do curso ou programa> na <nome da instituição de ensino superior>. Esse curso tem importância estratégica para o desenvolvimento institucional pela(s) seguinte(s) razão(ões): <**Descrever**> Declaro ainda que será dado o apoio institucional necessário para sua conclusão com sucesso. <Local>, de de<ano> <Carimbo e assinatura> | | | | |
|  |  | Consta Gestora | | | | |
|  |  | Quando não constar Gestora deverá ser anexado o Termo de Anuência para atuação sem a utilização da Gestora (9.3).  Consta o Termo de Anuência, nos moldes do **ANEXO VI**:  TERMO DE ANUÊNCIA  ATUAÇÃO SEM A UTILIZAÇÃO DE FUNDAÇÃO DE APOIO  Termo de anuência para gestão dos recursos aprovados  sem a utilização de uma Fundação de Apoio  Nos termos do item 4.4 da Chamada FAPEMIG 10/2022, de Bolsas de Pós-Graduação pelo Programa de Capacitação de Recursos Humanos – PCRH, a Proponente poderá indicar uma Fundação de Apoio para gerenciamento dos recursos aprovados, a qual deverá observar os termos de cadastro previstos na Portaria PRE n. 01/2021, porém, a Proponente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, neste ato representada pelo(a) seu(sua) representante legal, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, inscrito(a) no CPF sob o n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, DECLARA que está habilitada para operacionalizar o gerenciamento administrativo, jurídico e financeiro dos recursos aprovados, sem a utilização de uma Fundação de Apoio, inclusive com a responsabilidade solidária pela Prestação de Contas Técnica/Financeira. | | | | |
|  |  | [Gestora cadastrada na SEDE](https://www.desenvolvimento.mg.gov.br/inicio/projetos/projeto/1097) | | | | |
|  |  | Arquivo eletrônico contendo, se for o caso, a anuência a que se refere o art. 65 do Decreto 47.442/18, conforme **ANEXO VII** (6.3.8):  TERMO DE ANUÊNCIA  ATUAÇÃO DE FUNDAÇÃO DE APOIO JUNTO A ICTMG DISTINTA DA ICTMG VINCULADA  Termo de anuência para gestão de instrumento jurídico  Nos termos do artigo 65 do Decreto Estadual nº 47.442, de 4 de julho de 2018, a \*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, entidade jurídica de direito público, inscrita no CNPJ sob o nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, neste ato representada pelo(a) seu(sua) representante legal, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, inscrito(a) no CPF sob o nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, DECLARA concordar com a atuação da \*\*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ - para apoio à gestão das propostas aprovadas por meio da Chamada FAPEMIG 04/2024, Bolsas de Pós-Graduação pelo Programa de Capacitação de Recursos Humanos - PCRH, e cumprimento das determinações previstas no Termo de Outorga com Gestora, anexo IV da Chamada referida, que será firmado entre a Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais - FAPEMIG e a \*\*\*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  Belo Horizonte, data da assinatura eletrônica.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Reitor(a) da Universidade Federal de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
|  |  | Indicação do responsável da **Outorgada Executora** pela gestão/fiscalização do TO (9.4):  Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **(Obs: O nome deve ser diferente do solicitante)**  **ANEXO IX**  TERMO DE INDICAÇÃO RESPONSÁVEL PELA GESTÃO E FISCALIZAÇÃO    A Outorgada Executora/Outorgada Gestora SIGLA - Nome da Instituição entidade jurídica de direito público/privado, inscrita no CNPJ sob o n° XX.XXX.XXX/0001-XX, neste ato representada pelo seu representante legal, Sr(a). Nome Completo, INDICA, nos termos do art. 90 do Decreto Estadual n. 47.442/2018, art. 37 da Resolução Conjunta SEGOV-AGE n. 04/2015 e art. 3º, §5º, IV da Lei Estadual n. 22.929/2018, o(a) Sr(a). Nome Completo, inscrito no CPF sob o nº XXX, cargo/função, como responsável pela gestão e fiscalização dos Termos de Outorga provenientes da Chamada 04/2024 – BOLSAS DE PÓS-GRADUAÇÃO PELO PROGRAMA DE CAPACITAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS – PCRH.    Local, data.    Nome do Representante Legal  Cargo/Função do Representante Legal  (Assinatura manuscrita e carimbo ou Assinatura Eletrônica)  Ciente:  Gestor(a) do Termo de Outorga  Cargo/Função do(a) Gestor(a) do Termo de Outorga  (Assinatura manuscrita ou eletrônica)    **1.** É necessário que o indicado dê ciência no termo de indicação.  **2.** Esse anexo poderá ser preenchido e assinado em formato digital desde que seja possível a identificação do nome completo e do cargo/função do(s) signatário(s), sendo aceitas versões e assinaturas geradas por meio do Sistema Eletrônico de Informações – SEI! | | | | |
|  |  | **ANEXO IX** - TERMO DE INDICAÇÃO RESPONSÁVEL PELA GESTÃO E FISCALIZAÇÃO (9.4)  Indicação do responsável da **Outorgada Gestora** pela gestão/fiscalização do TO:  Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| **Sim** | **Não** | **REQUISITOS SOMENTE PARA DOUTORADO E MESTRADO** | | | | |
|  |  | Período máximo de concessão é: **48 meses para Doutorado** e **24 meses para Mestrado (4.2)**.  **OBS.:** Caso o(a) candidato(a) já esteja cursando a Pós-Graduação, com ou sem bolsa, esse período será descontado do limite máximo de cada auxílio. | | | | |
|  |  | Declaração (**ANEXO II\*6**): (6.3.6.1, “b”)  Declaro, para os devidos fins, que não recebo bolsa de qualquer espécie, paga por agência de fomento ou por organismos nacionais ou internacionais. Declaro, ainda, que irei seguir as normas da modalidade solicitada e dedicar-me ao programa de trabalho proposto, estando ciente de que deverei ressarcir à Fapemig o valor investido caso não cumpra as normas estabelecidas, não permaneça em serviço na instituição pelo período equivalente, no mínimo, ao do benefício recebido; desista do curso/treinamento antes do término previsto, ou não conclua o curso. | | | | |
|  |  | Curso avaliado pela [CAPES](https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/programa/quantitativos/quantitativoUf.jsf?cdRegiao=3), no mínimo, com conceito 4 (5.2.7) **– Programa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | |
|  |  | Anteprojeto3 de dissertação ou tese (6.3..6.1, “a”) | | | | |
| **Sim** | **Não** | **REQUISITOS SOMENTE PARA ESPECIALIZAÇÃO** | | | | |
|  |  | Especialização não iniciada.  **OBS.:** 7.3 Curso Lato Sensu (Especialização) somente poderá ser financiado desde que ainda não tenha sido iniciado. | | | | |
|  |  | Declaração (**ANEXO III\*6**): (6.3.6.2, “c”)  Declaro, para os devidos fins, que irei seguir as normas da modalidade solicitada e dedicar-me à formação (nome do curso) proposta, estando ciente de que deverei ressarcir à Fapemig o valor investido caso não cumpra as normas estabelecidas, não permaneça em serviço na instituição pelo período equivalente, no mínimo, ao do benefício recebido ou desista do curso antes do término previsto. | | | | |
|  |  | Duração: mínimo de 360 horas. E os cursos organizados em módulos poderão ser realizados, no máximo, em 24 meses (4.2) | | | | |
|  |  | Curso credenciado no [Portal do MEC](https://emec.mec.gov.br/) (5.2.7) | | | | |
|  |  | Programa, conteúdo e indicação das áreas de atuação do curso pretendido (6.3.6.2, “a”) | | | | |
|  |  | Documento oficial do curso contendo o valor da mensalidade e das taxas escolares (6.3.6.2, “b”) | | | | |