



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA SUL-  
RIOGRANDENSE - IFSUL**

**CONVOCAÇÃO DE BOLSISTAS PARA ENTREGA DE DOCUMENTO PARA  
ATUAÇÃO NAS ATIVIDADES DA UNIVERSIDADE ABERTA DO BRASIL –  
UAB DO EDITAL DETE Nº 16/2024**

O Departamento de Educação a Distância DETE – DETE/IFSUL, CONVOCA o(s) candidato(s) abaixo relacionado(s), nos termos do resultado final do Edital 16/2024 – Tutor a distância do Curso de Pós-Graduação em Educação: Espaços e Possibilidades para Educação Continuada – CPEAD, para apresentação do documento para atuação nas atividades da Universidade Aberta do Brasil, conforme o(s) cargo(s) abaixo:

| CANDIDATO (A)                   | FUNÇÃO       |
|---------------------------------|--------------|
| <b>Luis Gomes de Moura Neto</b> | <b>TUTOR</b> |
| <b>Juliana Lübke Castro</b>     | <b>TUTOR</b> |

1. O (a) candidato convocado (a), deverá encaminhar para o e-mail: [pl-cpead@ifsul.edu.br](mailto:pl-cpead@ifsul.edu.br) nos dias 31 de outubro de 2024 à 04 de novembro de 2024, o documentos a seguir:

**A) Anexo 1 desta convocação do Edital nº 16/2024 – FICHA DE PRÉ-CADASTRO, devidamente preenchida, assinada e digitalizada.**

2. O não encaminhamento da documentação descrita no item 1, na data prevista, acarretará desistência tácita do(a) candidato(a), que irá permitir e ocasionar a convocação dos próximos aprovados no referido Edital 16/2024, observadas as suas classificações para o devido cargo;
3. O pagamento da bolsa está condicionado à disponibilidade de cota para essa modalidade no Sistema de Gerenciamento de Bolsas (SGB), da CAPES;
4. O pagamento das bolsas não é realizado pelo IFSUL e este não é responsável por eventuais atrasos nos pagamentos feitos pela CAPES.
5. Os casos omissos serao resolvidos pela DETE/IFSUL.

## FORMULÁRIO DE PRÉ-CADASTRO DE BOLSISTAS DA UNIVERSIDADE ABERTA DO BRASIL

## ANEXO 1

| Ficha de Pré-Cadastro (*) 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<br>( ) Sequencial ( ) Tecnólogo ( ) Mestrado ( ) Doutorado |  |                                                                           |                 |                                                                                 |  |  |  |
| 4. Nome do Curso ao qual esta vinculado *                      |  |                                                                                                                                             |  |                                                                           |                 |                                                                                 |  |  |  |
| 5. Função no Programa- Tipo de Bolsa *                         |  | TUTOR                                                                                                                                       |  |                                                                           |                 |                                                                                 |  |  |  |
| 6. Número do CPF *                                             |  |                                                                                                                                             |  |                                                                           |                 |                                                                                 |  |  |  |
| 7. Nome Completo *                                             |  |                                                                                                                                             |  |                                                                           |                 |                                                                                 |  |  |  |
| 8. Profissão *                                                 |  |                                                                                                                                             |  |                                                                           |                 |                                                                                 |  |  |  |
| 9. Sexo *                                                      |  | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F                                                                                       |  | 10. Data de Nascimento *                                                  |                 |                                                                                 |  |  |  |
| 11. N° documento de identificação *                            |  |                                                                                                                                             |  | 12. Tipo documento de identificação *                                     |                 |                                                                                 |  |  |  |
| 13. Data de Emissão do documento *                             |  |                                                                                                                                             |  | 14. Órgão Expedidor do documento *                                        |                 |                                                                                 |  |  |  |
| 15. Unidade Federativa Nascimento *                            |  |                                                                                                                                             |  | 16. Município Local Nascimento *                                          |                 |                                                                                 |  |  |  |
| 17. Estado Civil *                                             |  | <input type="checkbox"/> Solteiro (a)<br><input type="checkbox"/> Divorciado (a)                                                            |  | <input type="checkbox"/> Casado (a)<br><input type="checkbox"/> Viúvo (a) |                 | <input type="checkbox"/> Separado (a)<br><input type="checkbox"/> 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 *                                        |  |                                                                                                                                             |  |                                                                           |                 |                                                                                 |  |  |  |

Local \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Data

Assinatura do Bolsista