

**EDITAL N° 084/2025 – NEAD/ UAB/MEC, DE 12 DE SETEMBRO DE 2025**

**CONVOCAÇÃO DE CANDIDATOS APROVADOS NO PROCESSO  
SELETIVO DE TUTOR PARA ATUAR NO CURSO DE LETRAS  
PORTUGUÊS E LITERATURAS DE LÍNGUA PORTUGUESA,  
MODALIDADE EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA - OFERTA 4**

A Coordenação da UAB/MEC-UNICENTRO, a Comissão de Seleção de Tutores do Núcleo de Educação a Distância – NEAD/UNICENTRO e as Coordenação do curso de GRADUAÇÃO: LICENCIATURA EM LETRAS PORTUGUÊS E LITERATURAS DE LÍNGUA PORTUGUESA –modalidade Educação a Distância, no uso das suas atribuições,

**TORNAM PÚBLICO**

A convocação para entrega de documentos e convocação dos candidatos aprovados no processo seletivo com vistas à contratação temporária de TUTOR para atuação no Núcleo de Educação a Distância, pelo Sistema Universidade Aberta do Brasil (UAB) na Unicentro, regido pelas regras estabelecidas no **Edital de abertura n° 074/2025 NEAD/UAB/MEC e editais subsequentes**, sendo que o certame é desenvolvido em convênio com o Ministério da Educação/MEC, Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior/CAPES e Universidade Aberta do Brasil/UAB.

**1. DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES**

1.1 A Coordenação do Núcleo de Educação a Distância (Nead), da Universidade Estadual do Centro-Oeste (Unicentro), torna pública a convocação de candidatos aprovados no processo seletivo para entrega de documentação, como etapas essenciais para o exercício da função.

1.1.1 Relação de convocados, conforme segue abaixo:

| Polo            | Protocolo | Nome                               | Função |
|-----------------|-----------|------------------------------------|--------|
| Londrina        | 00007-8   | Lucas Matheus Da Silva De Carvalho | Tutor  |
| Siqueira Campos | 00015-9   | Bianca Cristina Dos Santos Pereira | Tutor  |

**2. DA ENTREGA DE DOCUMENTOS**

2.1 O candidato convocado pelo presente edital deve apresentar **obrigatoriamente**:

- Termo de Compromisso do Bolsista – **Assinado pelo gov.br**; (Anexo I)
- Declaração de Não Acúmulo de Bolsa – **Assinado pelo gov.br**; (Anexo II)
- Declaração de Ciência de cumprimento de carga horária semanal, **Assinado pelo gov.br**;

(Anexo III)

- d) Registro Geral (RG), Cadastro de Pessoa Física (CPF), Titulação Acadêmica (Graduação, Pós-Graduação *stricto* e/ou *lato sensu*), Experiência Profissional no Ensino Superior, informe do NIS/PIS/PASEP/NIT.

**2.2 Os documentos mencionados no subitem “2.1” não serão aceitos preenchidos a caneta, também não serão aceitos carimbos de confere com original ou semelhantes nos documentos solicitados nas letras A, B e C;**

2.3 Os formulários no formato de arquivo “.DOC” (extensão “.DOC”), serão fornecidos através do site junto deste edital, além disso estará disponível em “PDF” - em anexo neste Edital.

2.4 A documentação solicitada no item 2.1 deve ser **encaminhada para o e-mail: nead@unicentro.br** até o **dia 17 de Setembro de 2025**.

2.5 A não entrega da documentação solicitada até a data prevista no item 2.4, implicará na sua desclassificação e acarretará a eliminação sumária do candidato do Processo Seletivo.

2.6 Após **análise** e aprovação dos documentos, os candidatos serão convocados através dos contatos fornecidos no momento da inscrição (telefone e e-mail) para iniciar o **exercício** da função.

### **3. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS**

3.1 A constatação de algumas irregularidades na documentação apresentada pelo candidato implicará na sua desclassificação e acarretará a eliminação sumária do candidato do Processo Seletivo, sem prejuízo das sanções penais cabíveis, a burla ou a tentativa de burla a quaisquer das normas estipuladas neste Edital.

3.2 O candidato aprovado no processo seletivo como bolsista, **NÃO** poderá em hipótese alguma acumular bolsa de nenhum fomento governamental quando da posse da vaga.

3.3 É de inteira responsabilidade do candidato acompanhar a publicação de todos os atos, editais e comunicados referentes a este Processo Seletivo.

3.4 Nenhum candidato poderá alegar o desconhecimento do presente Edital, ou de qualquer outra norma e comunicado posteriormente divulgado, vinculados ao Processo Seletivo.

3.5 Na constância e validade do Processo Seletivo em tela, e dentro do poder discricionário da Administração Pública, a Universidade poderá convocar, no seu interesse e necessidade, observada a ordem de classificação, o número necessário de candidatos aprovados.

3.6 Os itens constantes do edital poderão sofrer eventuais alterações, atualizações ou acréscimos, circunstância que será mencionada em Edital ou Aviso a ser publicado.

3.7 O candidato que não atender às suas atribuições poderá ser substituído, em qualquer tempo, pelo próximo candidato apto, seguindo invariavelmente a ordem de classificação.

3.8 O candidato poderá ser remanejado de um curso para outro, considerando os critérios do sistema de avaliação contínua e desde que atenda as especificações do curso.

3.9 Será indeferido o candidato que não atender à forma, aos requisitos, aos prazos e/ou demais dispositivos exigidos nos editais deste processo seletivo.

3.10 O presente processo seletivo terá validade de 1 (um) ano, contado a partir da data de publicação do edital final de classificação.

3.11 Os casos omissos são resolvidos pela Coordenação da UAB/MEC-Unicentro, pela Comissão de Seleção do Núcleo de Educação a Distância.

3.12 Novas convocações poderão ser realizadas conforme as vagas remanescentes sejam preenchidas.



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CENTRO-OESTE**

**Núcleo de Educação a Distância**



3.13 Para questões suscitadas e não resolvidas administrativamente, elege-se como competente para dirimi-las o Foro da Comarca de Guarapuava/PR, que os conhecerá e julgará, na forma da Lei.

Publique-se.

Guarapuava, 12 de setembro de 2025.

Prof. Cleber Trindade Barbosa  
*Coordenador NEAD/UNICENTRO*

Profª. Maria Aparecida Crissi Knuppel  
*Coordenadora UAB/UNICENTRO*



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CENTRO-OESTE

Núcleo de Educação a Distância

FORMULÁRIO DE CADASTRAMENTO DE BOLSISTAS DA  
UNIVERSIDADE ABERTA DO BRASIL



PORTARIA CAPES Nº 309/2024

**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<br>( ) Seqüencial ( ) 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) <input type="checkbox"/> Casado (a) <input type="checkbox"/> Separado (a)<br><input type="checkbox"/> Divorciado (a) <input type="checkbox"/> Viúvo (a) <input type="checkbox"/> União Estável |                                       |  |
| 18. Nome cônjuge                                               |                                                                                                                                                                                                                                      |                                       |  |
| 19. Nome do Pai                                                |                                                                                                                                                                                                                                      |                                       |  |
| 20. Nome da Mãe *                                              |                                                                                                                                                                                                                                      |                                       |  |
| <b>Endereço para Contato</b>                                   |                                                                                                                                                                                                                                      |                                       |  |
| 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 *                                        |                                                                                                                                                                                                                                      |                                       |  |
| <b>Dados da Formação em Nível Superior</b>                     |                                                                                                                                                                                                                                      |                                       |  |
| 32. Área do último Curso Superior Concluído *                  |                                                                                                                                                                                                                                      |                                       |  |
| 33. Último curso de titulação *                                |                                                                                                                                                                                                                                      |                                       |  |
| 34. Nome da Instituição de Titulação *                         |                                                                                                                                                                                                                                      |                                       |  |
| <b>Informações Bancárias</b>                                   |                                                                                                                                                                                                                                      |                                       |  |
| 35. Banco *                                                    |                                                                                                                                                                                                                                      |                                       |  |
| 36. Agência *                                                  |                                                                                                                                                                                                                                      |                                       |  |
| 37. Conta Corrente *                                           |                                                                                                                                                                                                                                      |                                       |  |
| <b>ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO PROGRAMA</b>                         |                                                                                                                                                                                                                                      |                                       |  |
| Denominação<br>DIRETORIA DE EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA               | Sigla<br>DED/CAPES                                                                                                                                                                                                                   |                                       |  |
| <b>Endereço</b>                                                |                                                                                                                                                                                                                                      |                                       |  |

www.unicentro.br

Campus Santa Cruz: Rua Padre Salvador, 875 – Fone: (42) 3621-1000 – FAX: (42) 3621-1090 – CEP 85.015-430 – GUARAPUAVA – PR

Campus Cedeteg: Alameda Élio Antonio Dalla Vecchia, 838 – Fone/FAX: (42) 3629-8100 – CEP 85.040-167 – GUARAPUAVA – PR

Campus de Irati: Rua Professora Maria Roza Zanon de Almeida s/n – Fone: (42) 3421-3000 – FAX: (42) 3421-3067 – CEP 84.505-677 – IRATI – PR

SBN Quadra 02 Bloco L Lote 6, 8º andar - CEP: 70040 -020, Brasília – DF

### Atribuições do Bolsista

- Comprovar desempenho satisfatório, consoantes às normas definidas pela entidade de ensino, este Termo de Compromisso e demais normas da CAPES.
- Não acumular a percepção da bolsa, se excetuando aquelas autorizações expressas presentes nas portarias vigentes da Capes.
- Informar à CAPES, por meio de seus sistemas eletrônicos, mudanças de endereço residencial ou eletrônico.
- Restituir o investimento apurado pela CAPES, a título de bolsas, atualizado nos termos estabelecidos pela legislação aplicável, se identificado: pagamento indevido; acúmulo indevido de bolsas; revogação ou rescisão da concessão da bolsa, em face de infração às obrigações assumidas; e inexatidão das informações fornecidas.

### Dos produtos

Com relação aos produtos, por mim elaborados, exclusivamente ou em coautoria, em atividades exercidas em decorrência da percepção de parcelas desta bolsa:

Uma das opções abaixo deverá ser assinalada de acordo com a licença selecionada:

- (a) ( ) Autorizo sem qualquer restrição, o licenciamento aberto do produto pela instituição de Ensino ou pela CAPES, por meio da licença Creative commons ou similar. Desde que atribuam o devido crédito pela criação original, em conformidade com as orientações de DED/CAPES em vigor.
- (b) ( ) Informo que o tipo de licença será informado em momento oportuno e caso não informado autorizo a licença CC-BY-AS.
- (c) ( ) Devidamente licenciado, o material será disponibilizado em repositório institucional aberto da Instituição de Ensino ou ainda outro a ser indicado pela CAPES.

### Declaração

Pelo presente termo, atesta ciência das competências associadas a modalidade de bolsa conforme se seguem:

- Mediar a comunicação de conteúdos entre o professor e os cursistas;
- Acompanhar as atividades discentes, conforme o cronograma do curso;
- Apoiar o professor da disciplina no desenvolvimento das atividades docentes;
- Estabelecer contato permanente com os alunos e mediar as atividades discentes;
- Colaborar com a coordenação do curso na avaliação dos estudantes;
- Participar das atividades de capacitação e atualização promovidas pela Instituição de Ensino;
- Elaborar relatórios mensais de acompanhamento dos alunos e encaminhar à coordenadoria de tutoria;
- Participar do processo de avaliação do projeto pedagógico sob orientação do Coordenador do Curso e ou Professor Responsável;
- Manter regularidade de acesso ao Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA) para acompanhar as atividades discentes, conforme cronograma do curso. Retornar as solicitações dos cursistas no prazo máximo de 24 horas;
- Apoiar operacionalmente a coordenação do curso nas atividades presenciais nos polos, em especial na aplicação de avaliações.
- Disponibilizar a documentação comprobatória pessoal para o Coordenador de tutoria.

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.

Local

Data

Assinatura do Bolsista

Assinatura do Coordenador UAB da IPES



## Declaração de Não-Acúmulo de Bolsas UAB

Em \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_.

Eu, \_\_\_\_\_, CPF: \_\_\_\_\_, bolsista da modalidade TUTOR do Sistema UAB, declaro não possuir outros pagamentos de bolsas em desacordo com:

- ☐ Lei 11.273, de 06 de fevereiro de 2006;
- ☐ Portaria Conjuntas CAPES/CNPq nº 2, de 10 de abril de 2013: permite o acúmulo de bolsas CNPQ exclusivo entre as categorias Produtividade em Pesquisa (PQ), Produtividade em Desenvolvimento Tecnológico e Extensão Inovadora (DT) com as bolsas CAPES Coordenador de Programa de Pós-Graduação, Docente no Sistema UAB, Docente no Parfor.
- ☐ Portaria Conjunta CAPES/CNPq nº 2, de 22 de julho de 2014: permite acúmulo exclusivo entre bolsa de Tutor UAB e pós-graduação (CAPES ou CNPQ), com anuência do orientador;
- ☐ E demais legislações correlatas e suas eventuais atualizações.

Enquanto bolsista, comprometo-me em não acumular a percepção de bolsa com qualquer modalidade de auxílio ou bolsa de outro programa da CAPES ou de outra agência de fomento pública nacional, exceto as previstas nas portarias conjuntas CAPES/CNPQ.

Nome completo do bolsista

**Observação:** a assinatura do bolsista deverá ter sua firma reconhecida por fé pública.



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CENTRO-OESTE**

**Núcleo de Educação a Distância**



**Declaração de ciência para cumprimento da carga horária semanal**

Em XX de XXXXXXXX de 20XX.

Eu, <NOME >, CPF: <XXXXXXXX> bolsista da modalidade TUTOR de educação a distância do Sistema UAB, declaro que estou ciente de que tenho o compromisso de cumprir 20 horas semanais no local indicado pela equipe Nead/UAB, conforme EDITAL 074/2025 - NEAD/UAB/MEC.

NOME DO BOLSISTA