

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO TOCANTINS - UNITINS  
PRÓ-REITORIA DE GRADUAÇÃO - PROGRAD**

**PROCESSO SELETIVO PARA OS CARGOS DE PROFESSOR FORMADOR, TUTOR  
PRESENCIAL E TUTOR A DISTÂNCIA DOS CURSOS DO SISTEMA  
UNIVERSIDADE ABERTA DO BRASIL (UAB) NO ÂMBITO DA UNIVERSIDADE  
ESTADUAL DO TOCANTINS – UNITINS**

**EDITAL Nº 16.16/2024 – EDITAL DE CONVOCAÇÃO DE CANDIDATOS DO  
CARGO DE PROFESSOR FORMADOR – 6ª CONVOCAÇÃO**

O Reitor da Universidade Estadual do Tocantins - Unitins, no uso de suas atribuições legais, por meio da Pró-Reitoria de Graduação, e, em conformidade com a Lei nº 9.394/96 – Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, com as Leis Estaduais nº 3.422, de 08 de março de 2019, nº 2.893, de 19 de agosto de 2014, e 3.656, de 4 de março de 2020.

CONSIDERANDO o resultado final publicado por meio do ~~EDITAL Nº 16.4/2024~~ **RESULTADO DEFINITIVO DO CARGO DE PROFESSOR FORMADOR**, bem como a ~~EDITAL Nº 16.5/2024~~ **HOMOLOGAÇÃO DO RESULTADO DEFINITIVO DO CARGO DE PROFESSOR FORMADOR**,

RESOLVE:

CONVOCAR os candidatos classificados listados no referido certame, constantes no Anexo I, nos termos do EDITAL DE ABERTURA Nº 16/2024 - PROCESSO SELETIVO PARA OS CARGOS DE PROFESSOR FORMADOR, TUTOR PRESENCIAL E TUTOR A DISTÂNCIA DOS CURSOS DO SISTEMA UNIVERSIDADE ABERTA DO BRASIL (UAB) NO ÂMBITO DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DO TOCANTINS - UNITINS, para o envio dos documentos de bolsistas do sistema Universidade Aberta do Brasil UAB – Unitins.

1. O candidato classificado e convocado deverá encaminhar cópia de todos os documentos digitalizados e legíveis para o e-mail: <uab@unitins.br>, imprescindivelmente, dos dias **17/07/2025 a 22/07/2025**, conforme segue:

- I. Ficha de Cadastro/Termo de Compromisso do bolsista (Anexo VII - Portaria Capes, fls. 05/06);
- II. Declaração de não acúmulo de bolsas (fl. 07);
- III. Currículo Lattes;
- IV. RG e CPF;
- V. Comprovante de endereço;
- VI. Diploma de graduação;



- VII. Diploma de pós-graduação *lato sensu*;
  - VIII. Diploma de mestrado e/ou doutorado, se houver;
  - IX. Comprovante recente de conta corrente bancária individual, na condição de titular.
2. A Coordenadoria Geral da UAB promoverá a análise de autenticidade e legalidade dos documentos apresentados pelo candidato, sem prejuízo de sanções cabíveis, no caso de fraude ou informações falsas. Caso seja identificada dúvida quanto à autenticidade dos títulos/diplomas apresentados, será processada a suspensão do ato admissional até que seja concluída a análise.
  3. O não envio dos documentos do item 1, no prazo estabelecido, resultará na eliminação automática do candidato convocado.
  4. As reuniões presenciais de capacitação ocorrerão em momento posterior, de acordo com a conveniência administrativa, em datas que serão divulgadas antecipadamente.
  5. Os casos omissos serão decididos pela Coordenadoria Geral da UAB.
  6. Este Edital entra em vigor na data de sua publicação.

Palmas-TO, 16 de julho de 2025.

(Assinatura Digital)

**AUGUSTO DE REZENDE CAMPOS**  
Reitor da Unitins - Ato nº 1.564 – NM



## ANEXO I – LISTA DE CONVOCADOS

## 1 – PROFESSOR FORMADOR DO CURSO DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA (Código: PFADMP)

CANDIDATO(A)	CARGO	NOTA FINAL	CLASSIF.	SITUAÇÃO
WILLIAM DE SOUSA DIAS	PROFESSOR FORMADOR DO CURSO DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA (Código: PFADMP)	51	<b>11</b>	CLASSIFICADO(A)
LEDA SANTANA DE OLIVEIRA NOLETO	PROFESSOR FORMADOR DO CURSO DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA (Código: PFADMP)	49	<b>12</b>	CLASSIFICADO(A)
LUÍS GONZAGA DA SILVA NETO	PROFESSOR FORMADOR DO CURSO DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA (Código: PFADMP)	40	<b>13</b>	CLASSIFICADO(A)
ANDRÉ LUÍS AMÉRICO MOREIRA	PROFESSOR FORMADOR DO CURSO DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA (Código: PFADMP)	36	<b>14</b>	CLASSIFICADO(A)
JEOVÁ BRITO SILVA	PROFESSOR FORMADOR DO CURSO DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA (Código: PFADMP)	34	<b>15</b>	CLASSIFICADO(A)
ARISTÓTHELES PANTOJA DE ALMEIDA	PROFESSOR FORMADOR DO CURSO DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA (Código: PFADMP)	34	<b>16</b>	CLASSIFICADO(A)



**2 – PROFESSOR FORMADOR DO CURSO DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA (Código: PFADMP)**

CANDIDATO(A)	CARGO	NOTA FINAL	CLASSIF.	SITUAÇÃO
RUHENA KELBER ABRÃO FERREIRA	PROFESSOR FORMADOR DO CURSO DE LETRAS (Código: PFLET)	95	1	CLASSIFICADO(A)
SILVANA LOVERA SILVA	PROFESSOR FORMADOR DO CURSO DE LETRAS (Código: PFLET)	63	2	CLASSIFICADO(A)
SANDRA FRANKLIN ROCHA VIANA	PROFESSOR FORMADOR DO CURSO DE LETRAS (Código: PFLET)	60	3	CLASSIFICADO(A)
RACHEL FÁTIMA DOS SANTOS NUNES	PROFESSOR FORMADOR DO CURSO DE LETRAS (Código: PFLET)	49	4	CLASSIFICADO(A)
VERÔNICA RAMALHO NUNES	PROFESSOR FORMADOR DO CURSO DE LETRAS (Código: PFLET)	49	5	CLASSIFICADO(A)
NAIARA SANTANA PITA	PROFESSOR FORMADOR DO CURSO DE LETRAS (Código: PFLET)	31	6	CLASSIFICADO(A)





<b>Ficha de Cadastro / Termo de Compromisso do Bolsista (*) Campos Obrigatórios</b>			
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 *	<b>PROFESSOR FORMADOR</b>		
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"/> Divorciado (a)	<input type="checkbox"/> Casado (a) <input type="checkbox"/> Viúvo (a)	<input type="checkbox"/> Separado (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 DIRETORIA DE EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA	Sigla DED/CAPES		
<b>Endereço</b> 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, 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:

- (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

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Coordenador UAB da IPES





## Declaração de Pagamento de Bolsas UAB

Em \_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_\_.

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.

