

TERMO DE COMPROMISSO DO BOLSISTA-PMM

Declaro para os devidos fins que eu, _____, _____
(nacionalidade), domiciliado(a) em _____
(endereço), _____(CEP), detentor(a) do Registro Geral
_____ (nº do RG) e inscrito no Cadastro de Pessoa Física nº
_____ (nº do CPF), filho(a) de _____ (nome da mãe),
aluno(a) devidamente matriculado(a) no curso de Medicina sob o
número _____ (número da matrícula), em nível de graduação da
_____ (nome da Instituição de Ensino Superior), tenho ciência das
obrigações inerentes à qualidade de bolsista do Programa de Bolsa Permanência
destinado a estudantes de graduação com matrícula ativa em cursos de Medicina
autorizados no âmbito do Programa Mais Médicos - PBP-PMM, de que trata a Lei nº
12.871, de 22 de outubro de 2013, e que possuam usufruto regular de bolsa integral da
instituição, e nesse sentido,

1. COMPROMETO-ME a respeitar todas as condições previstas na Portaria de criação do Programa e das demais normas que venham a substituir ou complementar a legislação vigente e DECLARO ainda que:

I - possuo renda bruta familiar per capita não superior a 1,5 (um e meio) salário mínimo;

II - possuo matrícula ativa em curso de graduação em Medicina em instituição de ensino superior autorizado no âmbito do PMM, e, no caso das instituições de ensino superior privadas, detenho bolsa de estudo integral oferecida pela própria Instituição;

III - não ultrapasso o prazo de duração regular do curso de Medicina no qual estou matriculado, conforme registro no Cadastro e-MEC;

IV - não concluí curso superior;

V - não sou beneficiário de bolsa do Programa de Bolsa Permanência IFES, de que trata a Portaria MEC nº 389, de 9 de maio de 2013, no caso de estudante com matrícula ativa em curso de Medicina de Universidades Públicas Federais; e

VII - estou inscrito no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal - CadÚnico, com cadastro ativo e atualizado.

2. AUTORIZO o Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação - FNDE a realizar o pagamento da bolsa, preferencialmente por meio de Poupança Social Digital ou, alternativamente, por Cartão-Benefício, em conta aberta para este fim específico no Banco do Brasil S. A.

3. AUTORIZO, em caráter irrevogável, o FNDE realizar bloqueio, estorno ou desconto em pagamentos subsequentes nas seguintes situações:

I - ocorrência de depósitos indevidos ou pagamentos em duplicidade;

II - determinação judicial ou recomendação do Ministério Público atendida administrativamente; e

III - constatação de irregularidades acadêmicas, cadastrais ou inobservância aos critérios de habilitação.

4. OBRIGO-ME a restituir ao FNDE os valores creditados indevidamente ou objeto de irregularidade constatada, mediante Guia de Recolhimento da União - GRU, com a devida atualização monetária, no prazo de quinze dias a contar da notificação, caso não haja saldo em conta ou pagamentos futuros a serem efetuados.
5. ESTOU CIENTE de que a prestação de informações falsas ou a prática de qualquer fraude implicará o cancelamento imediato da bolsa e a impossibilidade de receber benefícios de qualquer órgão vinculado ao Ministério da Educação pelo período de cinco anos, sem prejuízo das sanções civis e penais cabíveis.
6. DECLARO ciência de que os saldos não sacados em conta vinculada ao Cartão-Benefício poderão ser revertidos em favor do FNDE após os prazos regulamentares e que a manutenção da bolsa está condicionada à disponibilidade orçamentária e financeira da União."

_____, de _____ de _____ de
202X.

Assinatura do(a) bolsista