

COMUNICADO

A Pró-Reitoria de Assuntos Comunitários, por meio da Coordenação de Apoio Estudantil, informa que os estudantes bolsistas do Programa de Bolsa Permanência – PBP relacionados abaixo devem apresentar termo de compromisso assinado, conforme modelos em anexo, ao Setor de Serviço Social localizado no *campus* no qual está matriculado **até 26 de outubro de 2018**, sob risco de ter o cadastro no programa bloqueado e ficar sem receber o auxílio.

1	ALYSSON DE SOUZA SILVA	314130313
2	ANA PAULA APARECIDA POLUCENO DA SILVA	116130584
3	HUGO RICARDO TORRES DA SILVA	114120319
4	ITALO DOS SANTOS SILVEIRA	517110040
5	JESSICA CAROLAYNE SILVA DE OLIVEIRA	516220808
6	KELVIN LEITE MOURA	113120335
7	MARIA LUIZA BATISTA DE LUNA	113220239
8	THIAGO FELIPE SANTANA DE CASTRO	116210118
9	TIAGO FELIPE FREIRE BASTOS	516120707
10	WESLEY FRANKLIN DE LIMA RUFINO	317130752

Campina Grande, 9 de outubro de 2018.

Prof. Antonio Glaucio de Sousa Gomes
Coordenador de Apoio Estudantil

Prof.^a Ana Célia Rodrigues Athayde
Pró-Reitora de Assuntos Comunitários

ANEXO II

TERMO DE COMPROMISSO DO BOLSISTA – INDÍGENA OU QUILOMBOLA

Declaro para os devidos fins que eu, _____
(nome completo), _____ (nacionalidade), domiciliado em _____
_____ (endereço), _____
(CEP) detentor do Registro Geral _____ (nº do RG), do Cadastro de Pessoa
Física nº _____ (nº do CPF), filho de _____
_____ (nome da mãe), aluno(a) devidamente matriculado(a) no curso
_____ (nome do Curso de Graduação) e matriculado sob o
número _____ (número da matrícula), em nível de graduação da _____
_____ (nome da Universidade Federal ou Instituto Federal),
tenho ciência das obrigações inerentes à qualidade de bolsista do Programa de Bolsa Permanência, e
nesse sentido, 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 que:

I - Não ultrapasso dois semestres do tempo regulamentar do curso de graduação em que estou
matriculado para me diplomar;

Declaro ainda que responderei civil, administrativa e criminalmente pelas informações prestadas,
inclusive no âmbito do sistema de informação do programa e AUTORIZO o FNDE a bloquear ou
estornar valores creditados em minha conta-benefício, mediante solicitação direta ao Banco do
Brasil S/A, ou proceder ao desconto nos pagamentos subsequentes, nas seguintes situações:

- 1) ocorrência de depósitos indevidos;
- 2) determinação do Poder Judiciário ou requisição do Ministério Público;
- 3) constatação de irregularidades na comprovação do meu desempenho acadêmico;
- 4) constatação de incorreções nas minhas informações cadastrais como bolsista.

OBRIGO-ME ainda a, no caso de inexistência de saldo suficiente na conta-benefício e não havendo
pagamentos futuros a serem efetuados, restituir ao FNDE, no prazo de 15 (quinze) dias, a contar da
data do recebimento da notificação, os valores creditados indevidamente ou objeto de irregularidade
constatada.

A inobservância dos requisitos citados acima, e/ou se praticada qualquer fraude pelo(a) bolsista,
implicará no cancelamento da bolsa, com a restituição integral e imediata dos recursos, de acordo
com os índices previstos em lei competente, acarretando ainda, a impossibilidade de receber
benefícios por parte de qualquer órgão vinculado ao Ministério da Educação, pelo período de cinco
anos, contados do conhecimento do fato.

Assinatura do(a) bolsista: _____

Local e data: _____

ANEXO II

TERMO DE COMPROMISSO DO BOLSISTA

Declaro para os devidos fins que eu, _____
(nome completo), _____ (nacionalidade), domiciliado em _____
_____ (endereço), _____
(CEP) detentor do Registro Geral _____ (nº do RG), do Cadastro de Pessoa Física nº _____ (nº do CPF), filho de _____
_____ (nome da mãe), aluno(a) devidamente matriculado(a) no curso _____ (nome do Curso de Graduação) e matriculado sob o número _____ (número da matrícula), em nível de graduação da _____ (nome da Universidade Federal ou Instituto Federal), tenho ciência das obrigações inerentes à qualidade de bolsista do Programa de Bolsa Permanência, e nesse sentido, 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 que:

- I - Possuo renda familiar *per capita* não superior a 1,5 salário-mínimo (um salário-mínimo e meio);
- II - Estou matriculado em cursos de graduação com carga horária média superior ou igual a 5 (cinco) horas diárias;
- III - Não ultrapasso dois semestres do tempo regulamentar do curso de graduação em que estou matriculado para me diplomar;

Declaro ainda que responderei civil, administrativa e criminalmente pelas informações prestadas, inclusive no âmbito do sistema de informação do programa e AUTORIZO o FNDE a bloquear ou estornar valores creditados em minha conta-benefício, mediante solicitação direta ao Banco do Brasil S/A, ou proceder ao desconto nos pagamentos subsequentes, nas seguintes situações:

- 1) ocorrência de depósitos indevidos;
- 2) determinação do Poder Judiciário ou requisição do Ministério Público;
- 3) constatação de irregularidades na comprovação do meu desempenho acadêmico;
- 4) constatação de incorreções nas minhas informações cadastrais como bolsista.

OBRIGO-ME ainda a, no caso de inexistência de saldo suficiente na conta-benefício e não havendo pagamentos futuros a serem efetuados, restituir ao FNDE, no prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data do recebimento da notificação, os valores creditados indevidamente ou objeto de irregularidade constatada.

A inobservância dos requisitos citados acima, e/ou se praticada qualquer fraude pelo(a) bolsista, implicará no cancelamento da bolsa, com a restituição integral e imediata dos recursos, de acordo com os índices previstos em lei competente, acarretando ainda, a impossibilidade de receber benefícios por parte de qualquer órgão vinculado ao Ministério da Educação, pelo período de cinco anos, contados do conhecimento do fato.

Assinatura do(a) bolsista: _____

Local e data: _____