

TERMO DE COMPROMISSO DO BOLSISTA-PMM

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, denominado PBP-PMM, destinado a estudantes
de graduação com matrícula ativa em cursos de Medicina autorizados no âmbito
do Programa Mais Médicos, 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,
COMPROMETO-ME a respeitar todas as condições previstas na Portaria de
20/12/2024, 09:46 SEI/MEC - 5330608 - Minuta de 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 salário-mínimo (um
salário-mínimo e meio);

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; e

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

Estou ciente de que a concessão da bolsa do PBP-PMM encontra-se condicionada
às regras de classificação e seleção dos bolsistas constantes da Portaria de
criação do Programa, procedimentos esses realizados pelas instituições,
observado o limite de bolsas definidas para cada instituição, ficando o acesso de
novos estudantes à bolsa permanência condicionada à existência de reabertura de

novas vagas, a partir da compatibilização da quantidade de beneficiários de acordo com os critérios do PMM, e as dotações orçamentárias existentes.

Estou igualmente ciente de que a assinatura do presente Termo terá efeitos legais apenas no caso em que seja selecionado(a) para a bolsa PBP-PMM, de acordo com as regras do Programa.

Declaro, por fim, 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 nas minhas informações cadastrais como bolsista, em razão de inobservância de atendimento aos critérios para habilitação, seleção e recebimento da bolsa PBP-PMM.

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, corrigidos 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.

Local e data

Assinatura do(a) bolsista