



## TERMO DE COMPROMISSO

Declaro, para os devidos fins, que eu,

\_\_\_\_\_,  
CPF \_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_ endereço completo

\_\_\_\_\_  
Telefone (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

aluno(a) devidamente matriculado(a) no Curso/Área

\_\_\_\_\_  
sob o número de matrícula

\_\_\_\_\_, em nível de \_\_\_\_\_, da Pontifícia

Universidade Católica de Goiás – PUC Goiás, tenho ciência das obrigações inerentes à qualidade de beneficiário

beneficiário de **CUSTEIO DE TAXA ESCOLAR**, conforme o regulamento vigente do Programa de Suporte à

Pós-Graduação de Instituições Comunitárias de Educação Superior – PROSUC, e nesse sentido,

COMPROMETO-ME a respeitar as seguintes cláusulas:

I – cumprir o regulamento do Programa PROSUC;

II - ser classificado em processo seletivo conduzido pela Comissão de Bolsas PROSUC/Capes;

III - comprovar desempenho acadêmico satisfatório conforme as normas definidas pelo programa de pós-graduação e pela ICES;

IV - quando pós-graduando no nível de doutorado, realizar estágio de docência, de acordo com o art. 21 do regulamento PROSUC;

V - não acumular os benefícios da modalidade I e II com outras bolsas financiadas com recursos públicos, ressalvada expressa permissão legal ou previsão em ato normativo específico da Capes;

VI - não acumular o benefício da modalidade I com o exercício profissional remunerado, ressalvada expressa permissão legal ou previsão em ato normativo específico da Capes;

VII - estar regularmente matriculado no programa de pós-graduação em que se realiza o curso;

VIII - ser titular de conta corrente ativa, em nome próprio, e em domicílio bancário brasileiro;

IX - cumprir todas as determinações regimentais do curso e da instituição participante do PROSUC no qual está regularmente matriculado;

X - atender aos objetivos do cronograma de atividades e cumprir tempestivamente o prazo máximo estabelecido para sua titulação;

**XI - repassar mensalmente à instituição a qual está vinculado o valor da taxa escolar recebido em sua conta, sujeito ao cancelamento imediato do benefício no caso do não cumprimento desta obrigação;**

**XII – estar ciente de que a inobservância das cláusulas citadas acima, e/ou se praticada qualquer fraude pelo(a) beneficiário(a), implicará(ão) no cancelamento dos benefícios, 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 da CAPES, pelo período de até 5 (cinco) anos, contados do conhecimento do fato;**

XIII – estar ciente de que a não conclusão do curso acarretará a obrigação de restituir os valores despendidos com o benefício, salvo se motivada por caso fortuito, força maior, circunstância alheia à sua vontade ou doença grave devidamente comprovada.

**Assinatura do(a) beneficiário de TAXA ESCOLAR:** \_\_\_\_\_

**Local e data:** \_\_\_\_\_

<p><i>Coordenador(a) do Programa de Pós-Graduação</i></p>  <p>_____</p> <p><i>Carimbo e assinatura</i></p>	<p><i>Representante da Comissão de Bolsas PROSUC/Capes</i></p>  <p>_____</p> <p><i>Nome e assinatura</i></p>
--	--