



**DECRETO Nº 377**

**SÃO SIMÃO, GO, 27 DE FEVEREIRO DE 2025**

Publicação feita nesta data

27 / 02 / 2025  
  
Assinatura

**Dispõe sobre a regulamentação da Lei Municipal nº 962/2025 e dá outras providências.**

**O Prefeito de São Simão, Estado de Goiás**, no uso das atribuições que lhe conferem as Constituições da República, do Estado de Goiás, bem assim a Lei Orgânica do Município em seu artigo 34, III, V, VI, XIV, no exercício da Direção Superior da Administração e no âmbito de sua competência, em consonância com a Lei Municipal nº **962/2025**,

**DECRETA:**

**Art. 1º-** Fica por força deste Decreto regulamentado o procedimento administrativo a ser seguido para dar cumprimento aos dispositivos previstos na **Lei Municipal nº 962/2025**, que institui o programa municipal de bolsa de estudos para o curso de medicina, nos seguintes termos:

**§1º-** Os interessados em participar do programa municipal de bolsa de estudos para o curso de medicina, composta por matrícula e mensalidades, deverão protocolar junto ao setor de protocolo da prefeitura de São Simão, Goiás, situada na Praça Cívica, nº 01, Centro, no prazo de 05(cinco) dias da abertura das inscrições, que ocorrerá no período de 10 a 15 de março de 2025, das 7h30min às 13h, conforme divulgação da secretaria responsável, com a apresentação dos seguintes documentos:

- I- Preenchimento da ficha de inscrição do interessado com foto atual;
- I- Comprovante de matrícula do semestre a ser cursado, ou que já esteja cursando;





- II- Comprovar que o curso em que está matriculado é reconhecido pelo Ministério da Educação (MEC), e que esteja localizado em território brasileiro;
- III- Cópia de documento de identidade e CPF autenticados;
- IV- Comprovante de endereço, ou declaração de residência outorgado pelo proprietário do imóvel;
- V- Termo de adesão ao programa;
- VI- Declaração/termo/recomendação da instituição de ensino superior onde está o interessado matriculado recomendando o aluno;
- VII- Comprovante de atuação em programas sociais;
- VIII- Comprovar ser morador do Município de São Simão, Goiás há mais de 05 (cinco) anos;
- IX- Certidão negativa de débitos com o Município de São Simão, Goiás;
- X- Demonstrativos/Comproverantes da renda, por cabeça, declarada na ficha de inscrição;
- XI- Declaração de que todas as informações prestadas na ficha de inscrição são verdadeiras, e que dá ciência de todo o disposto na Lei nº 962/2025, e das implicações em caso de falsidade.
- XII- Declaração de ser portador de alguma deficiência, em havendo, com laudo comprobatório;
- XIII- Declaração de não receber qualquer outra bolsa para patrocínio da graduação em medicina.
- XIV- Indicar o bairro pelo qual se inscreve como bolsista;
- XV- Declaração do interessado de que restituirá ao Município os valores investidos em sua bolsa de estudos, via prestação de serviços inerentes à formação em medicina/trabalho médico junto a Secretaria Municipal de Saúde, pelo período de um ano, com carga horária semanal de no mínimo 10 (dez) horas de serviços, com início dos serviços 30 dias após recebimento da certificação de médico pelo órgão competente.
- XVI- Poderá o beneficiário da bolsa optar por restituir o Município o valor pago pelo programa de bolsa em sua integralidade, com as correções incidentes sobre os créditos tributários calculado à época da restituição, ao invés de prestar os serviços determinados no inciso XIV.





XVII- Em não sendo efetivado nenhum dos reembolsos previstos nos incisos XIV e XV, o valor despendido no programa bolsa ao beneficiário será inscrito em dívida ativa e sujeito a protesto, cobrança extrajudicial, e ou, judicial em face do beneficiário.

§2º- A bolsa será concedida a cada semestre cursado, sendo que caberá renovação semestral até a conclusão do curso, desde que preenchidos os seguintes requisitos:

- I- Comprovante de pagamento das mensalidades do semestre anterior, cuja bolsa foi concedida;
- II- Comprovante de frequência mínima de 75% (setenta e cinco por cento) nas atividades acadêmicas;
- III- Comprovar ter atingido no mínimo média 7,00 (sete) nas avaliações em seu histórico acadêmico, no semestre em que recebeu a bolsa de estudos;
- IV- Comprovante de que não foi reprovado em mais de uma disciplina cursada;
- V- E, apresentação de todos os documentos listados no §1º do art. 1º deste decreto.

§3º. O inscrito no programa de bolsa de estudos poderá solicitar por escrito a suspensão, ou desistência do programa, bem como informará da desistência em continuar a graduação em medicina, por escrito, com o necessário ressarcimento integral dos valores já recebidos em virtude do programa;

§4º. A solicitação de adesão ao programa de bolsa de estudos no curso de medicina será apresentada à comissão de avaliação, nomeada por decreto do chefe do poder executivo, que analisará os pedidos de forma objetiva, no prazo de até 10(dez) dias, usando como critérios de classificação a seguinte ordem de análise:

- I- Ordem de protocolo do pedido de inscrição;
- II- Ser a primeira indicação pelo bairro em que se inscreveu;
- III- O inscrito que estiver mais próximo da conclusão do curso;
- IV- Em havendo empate nesta ordem classificatória, terá preferência o interessado que tiver mais idade;
- V- Se persistir o empate, será feito sorteio para a vaga pretendida.





§5º. Se não houver inscrições correspondentes a todos os bairros abaixo listados, poderá ser beneficiado o segundo inscrito de outro bairro até que se preencha o número de bairros abaixo indicados, conforme ordem cronológica de inscrição.

- I- Cidade Jardim;
- II- Cemig;
- III- Conjunto Popular
- IV- Centro;
- V- Distrito de Itaguaçu;
- VI- Distrito Industrial-DIMPRESS
- VII- Garimpo;
- VIII- Jardim Lago Azul;
- IX- Jardim Liberdade I;
- X- Jardim Liberdade II;
- XI- Residencial Recanto da Mata;
- XII- Residencial Viverde;
- XIII- Setor Aeroporto;
- XIV- Setor Colombo;
- XV- Setor Comercial Sul;
- XVI- Setor Fiori;
- XVII- Setor Mutirão I;
- XVIII- Setor Mutirão II;
- XIX- Setor Nova Era;
- XX- Setor Sol Nascente;
- XXI- Setor Sonho I
- XXII- Vila Bela;
- XXIII- Terminal Náutico (orla da praia).

**Art. 3º** - Em anexo ao Decreto estão a ficha de inscrição e o termo de adesão ao programa de bolsa de estudos de medicina.





**Art. 4º**- Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

**GABINETE DO PREFEITO**, em São Simão, Estado de Goiás, aos 27 de fevereiro de 2025.

**Wallisson José de Freitas**  
**Prefeito.**





PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO SIMÃO-GO  
SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO E CULTURA

FOTO

COMISSÃO DE ANÁLISE DE DOCUMENTOS E PARECER TÉCNICO PARA  
BOLSA DE ESTUDO

FICHA DE INSCRIÇÃO- BOLSA DE ESTUDOS GRADUAÇÃO EM MEDICINA

CADASTRO

NOME: \_\_\_\_\_  
CPF.: \_\_\_\_\_ RG.: \_\_\_\_\_  
DATA NASC.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
NATURALIDADE: \_\_\_\_\_ UF.: \_\_\_\_\_  
E-MAIL: \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO(RUA, LOCALIDADE): \_\_\_\_\_ Nº.: \_\_\_\_\_  
PONTO DE REFERÊNCIA: \_\_\_\_\_  
CIDADE: \_\_\_\_\_ UF.: \_\_\_\_\_  
FONE: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_  
TEMPO DE RESIDÊNCIA NO MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_

PROFISSÃO: \_\_\_\_\_  
ESTÁ EMPREGADO? ( ) SIM ( ) NÃO  
LOCAL DE TRABALHO: \_\_\_\_\_  
RENDA BRUTA MENSAL (R\$): \_\_\_\_\_  
CIDADE: \_\_\_\_\_  
UF.: \_\_\_\_\_  
POSSUI OUTRAS FONTES DE RENDA? (BENEFÍCIO INSS, PENSÃO, BOLSA FAMÍLIA,  
OUTROS).  
( ) SIM. VALOR? \_\_\_\_\_ ( ) NÃO

**ESTADO CIVIL:**

( ) SOLTEIRO(A) ( ) CASADO(A) ( ) DIVORCIADO(A) ( ) VIÚVO(A) ( ) OUTROS

Nº DE DEPENDENTES: \_\_\_\_\_

CÔNJUGE (NOME): \_\_\_\_\_

PROFISSÃO: \_\_\_\_\_

LOCAL DE TRABALHO: \_\_\_\_\_

RENDA MENSAL (R\$): \_\_\_\_\_

**ESCOLA ONDE CONCLUIU O ENSINO MÉDIO:**

( ) PÚBLICA – QUAL? \_\_\_\_\_

( ) PARTICULAR – QUAL? \_\_\_\_\_

CIDADE DA ESCOLA ONDE CONCLUIU O ENSINO MÉDIO: \_\_\_\_\_

**DADOS FAMILIARES:**

VOCÊ RESIDE: ( ) COM A FAMÍLIA ( ) SOZINHO ( ) COM PARENTES ( ) CÔNJUGE ( ) OUTROS

ESPECIFICAR: \_\_\_\_\_

**MEIO DE TRANSPORTE A SER UTILIZADO PARA SE DESLOCAR ATÉ A INSTITUIÇÃO ONDE SE LOCALIZA O CURSO:**

( ) CARRO PRÓPRIO

( ) ÔNIBUS

( ) MOTO

( ) NÃO UTILIZA

( ) OUTROS (ESPECIFICAR) \_\_\_\_\_

**COMPOSIÇÃO FAMILIAR E TOTAL PER CAPITA FAMILIAR/INDIVIDUAL LÍQUIDA:**

NOME	PARENTESCO	OCUPAÇÃO PROFISSIONAL	RENDA	IDADE	ESCOLARIDADE SÉRIE/GRAU	ESTADO CIVIL



**TOTAL DA RENDA LÍQUIDA FAMILIAR E /OU INDIVIDUAL MENSAL (INFORMAÇÕES SOBRE TODOS QUE CONTRIBUEM E/OU DEPENDEM DA RENDA FAMILIAR (INCLUSIVE O(A) PRÓPRIO(A) CANDIDATO(A)):**

R\$ \_\_\_\_\_

**VOCÊ OU ALGUM MEMBRO DA FAMÍLIA POSSUI ALGUMA DEFICIÊNCIA?**

( ) SIM ( ) NÃO

QUAL: \_\_\_\_\_

**EXISTE DOENÇA CRÔNICA NA FAMÍLIA? ( ) SIM ( ) NÃO**

QUAL: \_\_\_\_\_

QUEM É O PORTADOR? \_\_\_\_\_

**GASTOS POSSÍVEIS DE COMPROVAÇÃO COM O PORTADOR DA DOENÇA.**

R\$: \_\_\_\_\_

**MEDICAÇÃO UTILIZADA É ADQUIRIDA EM SETOR PÚBLICO?**

**VOCÊ E/ OU SUA FAMÍLIA POSSUI AUTOMÓVEL, MOTO, CAMINHÃO E/OU OUTROS VEÍCULOS DE TRANSPORTE?**

( ) SIM ( ) NÃO

QUANTOS? \_\_\_\_\_ QUAL? \_\_\_\_\_

QUEM? \_\_\_\_\_

QUAL O MODELO E O ANO? \_\_\_\_\_ VALOR: R\$ \_\_\_\_\_

**DOCUMENTAÇÃO ANEXA:**

( ) COMPROVANTE DE MATRÍCULA DO SEMESTRE A SER CURSADO, OU QUE JÁ ESTEJA CURSANDO;

( ) CÓPIA AUTENTICADA DE DOCUMENTO DE IDENTIDADE E CPF;

( ) TERMO DE ADESÃO;

( ) COMPROVAR QUE O CURSO EM QUE ESTÁ MATRICULADO É RECONHECIDO PELO MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO (MEC), E QUE ESTEJA LOCALIZADO EM TERRITÓRIO BRASILEIRO;

( ) COMPROVANTE DE ENDEREÇO, OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA OUTORGADO PELO PROPRIETÁRIO DO IMÓVEL;

DECLARAÇÃO/TERMO/RECOMENDAÇÃO DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR ONDE ESTÁ O INTERESSADO MATRICULADO RECOMENDANDO O ALUNO;

COMPROVANTE DE ATUAÇÃO EM PROGRAMAS SOCIAIS;

COMPROVAR SER MORADOR DO MUNICÍPIO HÁ MAIS DE 5 (CINCO) ANOS;

CERTIDÃO DE QUE NÃO ESTEJA EM DÉBITO COM O MUNICÍPIO;

DECLARAÇÃO DE NÃO RECEBER QUALQUER OUTRA BOLSA PARA PATROCÍNIO DA GRADUAÇÃO EM MEDICINA.

INDICAR O BAIRRO PELO QUAL SE INSCREVE COMO BOLSISTA;

DECLARAÇÃO DO INTERESSADO DE QUE RESTITUIRÁ AO MUNICÍPIO OS VALORES INVESTIDOS EM SUA BOLSA DE ESTUDOS, VIA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS INERENTES A FORMAÇÃO EM MEDICINA/TRABALHO MÉDICO JUNTO A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, PELO PERÍODO DE UM ANO, COM CARGA HORÁRIA SEMANAL DE NO MÍNIMO 10 (DEZ) HORAS DE SERVIÇOS, COM INÍCIO DOS SERVIÇOS 30 DIAS APÓS RECEBIMENTO DA CERTIFICAÇÃO DE MÉDICO PELO ÓRGÃO COMPETENTE.

COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA;

COMPROVANTES DE RENDA.

**INFORMAÇÕES SOBRE A BOLSA DE ESTUDOS:**

**MOTIVO DO PEDIDO DE BOLSA: (EXPLIQUE BREVEMENTE O MOTIVO PELO QUAL VOCÊ ESTÁ SOLICITANDO A BOLSA DE ESTUDOS, CONSIDERANDO FATORES COMO DIFICULDADES FINANCEIRAS, DESEMPENHO ACADÊMICO OU OUTRAS RAZÕES RELEVANTES.)**

SÃO SIMÃO, GOIÁS, \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE 20\_\_\_\_\_.

DECLARO QUE AS INFORMAÇÕES PRESTADAS NA PRESENTE FICHA DE INSCRIÇÃO SÃO VERDADEIRAS E QUE ESTOU CIENTE DE TODO O DISPOSTO DA LEI NO 962/2025 DE 20 DE FEVEREIRO DE 2025 E QUE A FALSIDADE NAS INFORMAÇÕES ACIMA IMPLICARÁ NAS PENALIDADES CABÍVEIS PREVISTAS NO ARTIGO 299 DO CÓDIGO PENAL E NA EXCLUSÃO DA CONCESSÃO DA BOLSA DE ESTUDOS.

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO(A) ESTUDANTE) E/OU RESPONSÁVEL