

## Formulário para recebimento de bolsa Médico

### Identificação do Acadêmico

**Nome:**

**Nome da mãe:**

**Data de Nascimento:**

**Naturalidade/UF:**

**CPF:**

**RG:**

**E-mail:**

**Telefone:**

### Endereço (São Simão)

**Rua/Avenida:**

**Quadra:**

**Lote/nº:**

**Bairro:**

**Banco:**

**Agência:**

**Conta:**

**PIX:**

**Curso:**

**Período:**

**Instituição:**

**Valor da mensalidade:**

Eu \_\_\_\_\_, portador do CPF nº \_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_, acadêmico (a) regularmente matriculado (a) no Curso de Medicina da Universidade, declaro para os devidos fins e sob as penas da lei, para comprovação no requerimento de Bolsa de estudo, e regulamentada pela Lei nº 962/2025 e decreto 377 de 27 de fevereiro de 2025, que **NÃO** possuo bolsa de estudo ou qualquer outro benefício financeiro para custear as mensalidades.

### Declaro devo entregar a cada início de semestre:

- Comprovante de matrícula do semestre a ser cursado e beneficiado pela bolsa;
- Média de avaliação comprovando média mínima de 7,0 (sete) em meu histórico acadêmico;
- Comprovante de frequência mínima de 75% nas atividades acadêmicas
- Contrato de prestação de serviço da instituição com o bolsista ou responsável legal;
- Certidão ou declaração de quitação das mensalidades dos meses em que fui beneficiado pela bolsa de estudos;

- Informar a intenção de continuidade ou suspensão da bolsa.

Declaro ainda, que as informações acima são verdadeiras e estou ciente que a omissão de informações ou a apresentação de dados ou documentos falsos e/ou divergentes implicam no cancelamento do recebimento da bolsa de Estudo e rigam a imediata devolução dos valores indevidamente recebidos, além das medidas judiciais cabíveis.

São Simão-GO, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2026.

---

Assinatura do aluno (a) e/ou responsável e/ou responsável