



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**
posso 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