# TERMO DE COMPROMISSO

**Programa Demanda Social - DS**

Declaro, para os devidos fins, que eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, aluno (a) devidamente matriculado (a) na **Fundação Universidade Regional de Blumenau – FURB**, no Programa de Pós-Graduação em \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, sob o número de matrícula \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, em nível de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, tenho ciência das obrigações inerentes à qualidade de beneficiário de bolsa, conforme regulamento vigente do Programa de Demanda Social – DS, anexo à Portaria nº 76, de 14 de abril de 2010, e da Portaria nº 133, de 10 de julho de 2023, e nesse sentido, **COMPROMETO-ME** a respeitar as seguintes cláusulas:

**I** – dedicar-me integralmente às atividades do Programa de Pós-Graduação;

**II** – comprovar desempenho acadêmico satisfatório, consoante às normas definidas pela instituição promotora do curso;

**III** – realizar estágio de docência de acordo com o estabelecido no art. 18 do regulamento vigente;

**IV** – ser classificado no processo seletivo especialmente instaurado pela Instituição de Ensino Superior em que realiza o curso;

**V** – apresentar Declaração de Acúmulo para informar eventuais, bolsas, vťnculos empregatťcios ou outros rendimentos e obter autorização da Instituição de Ensino Superior ou do Programa de Pós-Graduação, antes do inťcio da vigência da bolsa;

**VI –** informar à coordenação do Programa de Pós-Graduação, por meio de Declaração de Acúmulo, qualquer alteração referente a acúmulos de bolsas, vťnculos empregatťcios ou outros rendimentos, para fins de atualização das informações na plataforma de concessão e acompanhamento de bolsas;

**VII** – não acumular bolsa de mestrado e doutorado no Paťs com outras bolsas, nacionais e internacionais, de mesmo nťvel, financiadas com recursos públicos federais;

**VIII** – citar a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Novel Superior - CAPES em trabalhos produzidos e publicados em qualquer mťdia, que decorram de atividades financiadas, integral ou parcialmente, pela referida Fundação, conforme art. 1º da Portaria nº 206, de 4 de setembro de 2018;

**IX** – assumir a obrigação de restituir os valores despendidos com bolsa, na hipótese de interrupção do estudo, salvo se motivada por caso fortuito, força maior, circunstância alheia à vontade ou doença grave devidamente comprovada.

## A inobservância das cláusulas citadas acima, ou se praticada qualquer fraude pelo(a) beneficiário, implicará no cancelamento da bolsa, com a restituição integral e imediata dos recursos, atualizados de acordo com os índices previstos em lei competente, acarretando ainda, a impossibilidade de receber benefícios por parte da CAPES, pelo período de 5 (cinco) anos, contados do conhecimento do fato.

*Local e data:*

*Assinatura do(a) beneficiário(a) da bolsa:*

*Coordenador(a) do Programa de Pós-Graduação*

*Carimbo e assinatura*

# DECLARAÇÃO DE ACÚMULOS

Declaro, para os devidos fins, que eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, aluno (a) devidamente matriculado (a) na **Fundação Universidade Regional de Blumenau – FURB**, no Programa de Pós-Graduação em \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, sob o número de matrícula \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, em nível de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, em atenção à Portaria nº 133, de 10 de julho de 2023, informo que possuo vínculo empregatício ou outros rendimentos, conforme declarado abaixo:

* Cadastramento de bolsa ☐ Atualização de bolsa Processo SCBA nº

1. **Atividades Remuneradas:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Tipo de Vínculo 1 | | | | | |
| * CLT | * Pessoa Jurídica | | * Regime Jurídico Único | * Temporário Lei 6.019/74 | * Contrato por prazo determinado Lei 9.601/98 |
| Início da Atividade: | |  | | Fim da Atividade: |  |
| Seção CNAE\*: | |  | | Divisão CNAE\*: |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Tipo de Vínculo 2 | | | | | |
| * CLT | * Pessoa Jurídica | | * Regime Jurídico Único | * Temporário Lei 6.019/74 | * Contrato por prazo determinado Lei 9.601/98 |
| Início da Atividade: | |  | | Fim da Atividade: |  |
| Seção CNAE\*: | |  | | Divisão CNAE\*: |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Tipo de Vínculo 3 | | | | | |
| * CLT | * Pessoa Jurídica | | * Regime Jurídico Único | * Temporário Lei 6.019/74 | * Contrato por prazo determinado Lei 9.601/98 |
| Início da Atividade: | |  | | Fim da Atividade: |  |
| Seção CNAE\*: | |  | | Divisão CNAE\*: |  |

\* Utilizar nº CNAE anexo

1. **Outros Rendimentos**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Informar os outros rendimentos que possui: | | | |
| 1- | | | |
| Início da Atividade: |  | Fim da Atividade: |  |
| 2- | | | |
| Início da Atividade: |  | Fim da Atividade: |  |
| 3- | | | |
| Início da Atividade: |  | Fim da Atividade: |  |

1/2

1. **Bolsas Declaratórias**

## Acumulará essa bolsa Capes com outra bolsa, nacional ou internacional, de mesmo nível, financiada com recursos públicos federais?

* + **Sim** ☐ **Não**

## Acumulará essa bolsa Capes com outra bolsa, nacional ou internacional, cuja legislação vigente vede expressamente o acúmulo?

* + **Sim** ☐ **Não**

## Acumulará essa bolsa Capes com outra bolsa, nacional ou internacional, de mesmo nível, financiada com recursos não federais?

* + **Sim** ☐ **Não**

## Acumulará essa bolsa Capes com outra bolsa, nacional ou internacional, que não seja de mesmo nível?

* + **Sim** ☐ **Não**

*Local e data:*

*Assinatura do(a) beneficiário(a):*

* **Os acúmulos registrados acima estão de acordo com os critérios de acúmulo previstos no regulamento da Instituição de ensino e pesquisa ou PP*G****.*

*Coordenador(a) do Programa de Pós-Graduação*

*Carimbo e assinatura*

2/2



3/2