



TERMO DE COMPROMISSO DE BOLSA AUXÍLIO



Declaro, para os devidos fins, que eu, _____,
CPF _____, aluno(a) devidamente matriculado(a) no **Programa de Pós-Graduação em Pesquisa Clínica em Doenças Infecciosas** sob o número de matrícula _____, em nível de _____, do **Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas – INI/Fiocruz**, tenho ciência das obrigações inerentes à qualidade de bolsista () CAPES ou () FIOCRUZ, e nesse sentido, COMPROMETO-ME a respeitar as seguintes cláusulas:

- I – Dedicção integral às atividades do Programa de Pós-graduação;
- II - Comprovar desempenho acadêmico satisfatório em consonância com as normas definidas pelo Programa de Pós-Graduação;
- III – Quando receber complementação financeira, proveniente de outras fontes (desde que relativa a atividades relacionadas à área de atuação e de interesse para formação acadêmica, científica e tecnológica), o bolsista deve obter autorização, concedida por seu orientador, devidamente informada à coordenação do programa de pós-graduação em que estiver matriculado e registrada no Cadastro Discente da CAPES, conforme estabelecido pela Portaria conjunta CAPES/CNPq Nº 01, de 15/07/2010;
- IV - Não possuir qualquer relação de trabalho com a instituição promotora do Programa de Pós-Graduação. Se servidor público, demonstrar regularidade do afastamento do exercício do cargo, salvo se conciliáveis as atividades do curso com a jornada laboral;
- V – Não acumular a percepção da bolsa com qualquer modalidade de auxílio ou bolsa de outro programa da CAPES, de outra agência de fomento pública, nacional ou internacional, ou ainda, com o exercício profissional remunerado com empresa pública ou privada, excetuando-se:

- a) os bolsistas da CAPES, matriculados em Programas de Pós-graduação no país, selecionados para atuarem como professores substitutos nas instituições públicas de ensino superior, com a devida anuência do seu orientador e autorização da Comissão de Bolsas CAPES/DS/PROEX do Programa de Pós-graduação, terão preservadas as bolsas de estudo;
- b) conforme estabelecido pela Portaria conjunta Nº 01 CAPES/CNPq, de 12/12/2007, os bolsistas CAPES, matriculados em Programas de Pós-graduação no país, poderão receber bolsa da Universidade Aberta do Brasil – UAB, quando atuarem como tutores. Em relação aos demais agentes da UAB, não será permitido o acúmulo dessas bolsas.

- VI – Não ser aluno em programa de residência médica;
- VII – Ser classificado no processo seletivo especialmente instaurado pela promotora do curso;
- VIII – Realizar estágio docente de acordo com o regulamento específico de cada programa CAPES.
- IX - Assumir a obrigação de restituir todos os recursos recebidos da **Fiocruz/CAPES**, na hipótese de interrupção do estudo, salvo se motivada por doença grave devidamente comprovada

A inobservância das cláusulas citadas acima, e/ou se praticada qualquer fraude pelo (a) beneficiário, implicará (ão) no cancelamento da bolsa, 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 **Fiocruz/CAPES**, pelo período de até cinco anos, contados do conhecimento do fato.

Local e data: _____

Assinatura do (a) beneficiário de bolsa: _____

Coordenador (a) do Programa de Pós-Graduação _____ Carimbo e assinatura	Orientador (a) _____ Nome e assinatura
---	--