



UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
FACULDADE de MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO em CIÊNCIAS CARDIOVASCULARES

TERMO DE COMPROMISSO –Programa de Demanda Social (DS)/CAPES

Bolsa de mestrado

Declaro, para os devidos fins, que eu, _____, CPF nº _____, aluno(a) devidamente matriculado(a) no Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Ciências Cardiovasculares da Universidade Federal Fluminense, tenho ciência das obrigações inerentes à qualidade de bolsista CAPES, e nesse sentido, COMPROMETO-ME a respeitar as seguintes cláusulas:

I – dedicação integral às atividades do Programa de Pós-graduação;

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

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 a devida anuência do seu orientador e a autorização expressa da Comissão de Bolsas CAPES/DS do Programa de Pós-graduação Em Ciências Cardiovasculares e registrada no Cadastro Discente da CAPES, conforme estabelecido pela Portaria conjunta CAPES/CNPq N^o 01, de 15/07/2010;

IV – não possuir qualquer relação de trabalho com a promotora do programa de pós-graduação;

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 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 expressa da Comissão de Bolsas CAPES/DS 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.

A inobservância dos requisitos citados acima, e/ou se praticada qualquer fraude pelo(a) bolsista, 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 CAPES, pelo período de cinco anos, contados do conhecimento do fato.

Assinatura do(a) bolsista: _____

Local de data: _____

<p><i>Coordenador(a) do Programa de Pós-Graduação</i></p> <p>_____</p> <p><i>Carimbo e assinatura</i></p>	<p><i>Representante da Comissão de Bolsas Capes</i></p> <p>_____</p> <p><i>Nome e assinatura</i></p>
---	--