**ANEXO I - AUXÍLIO PERMANÊNCIA - PESSOAS COM DEFICIÊNCIA**

**REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO E TERMO DE OUTORGA[[1]](#footnote-1)**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nº de Matrícula \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, na condição de estudante de graduação, solicito inscrição no Auxílio Permanência - Pessoas com Deficiência.

Declaro conhecimento dos termos previstos nos Editais da Pró-Reitoria de Ações Afirmativas – PROAF, comprometo-me a cumprir as exigências estabelecidas, bem como responsabilizo-me pelas informações prestadas e documentações apresentadas durante e posterior ao processo seletivo. Estou ciente que devo:

1. manter-me acordo com os critérios estabelecidos pelo respectivo edital;
2. manter-me matriculada/o, durante todo o período de gozo do benefício, em no mínimo, 2 (dois) Componentes Curriculares da graduação por semestre;
3. não repassar o benefício a outra/o estudante;
4. apresentar rendimento acadêmico equivalente a nota 6,0, em, pelo menos, 60% dos componentes curriculares em que estiver inscrita/o;
5. comunicar qualquer alteração de sua situação socioeconômica, e/ou familiar, telefones e endereços, licença saúde ou atividade domiciliar através do formulário: [Alteração da Situação. Clique aqui.](https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfx34oAU-rUS2l6fXZLZ8Q2OBKKuHQwV0Bot46sUXTtfQG7ow/viewform)
6. em caso de desistência ou trancamento de matrícula, solicitar por escrito, o cancelamento do benefício, por meio do envio do Anexo A;
7. atender às convocações da PROAF relacionadas ao Programa de Apoio à Permanência;

Ratifico serem verdadeiras as informações prestadas, estando ciente de que a informação falsa incorrerá nas penas do crime do art. 299 do Código Penal (falsidade ideológica), além de, caso configurada a prestação de informação falsa, apurada a qualquer tempo, em procedimento que assegure o contraditório e a ampla defesa, ensejará o cancelamento da participação e/ou concessão dos auxílios da Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB), sem prejuízo das sanções penais cabíveis.

|  |
| --- |
| DADOS BANCÁRIOS  Indicar as informações bancárias da conta onde deseja receber o benefício. A conta deve estar ativa e em seu nome. Não aceitamos contas de conjuntas ou no nome de terceiros.  VOCÊ DEVE ENVIAR UM EXTRATO BANCÁRIO ATUALIZADO DA REFERIDA CONTA JUNTAMENTE COM ESTE TERMO. |
| Número do CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Banco: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Agência: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dígito: \_\_\_\_\_ Operação: \_\_\_\_\_\_\_ Conta Corrente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dígito: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 2025.

1. Após preenchimento deste documento, não é necessário assinar, mas você deve enviá-lo em PDF. [↑](#footnote-ref-1)