



TERMO DE COMPROMISSO
BENEFICIÁRIO(A) DO AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO E/OU AUXÍLIO MORADIA

1. IDENTIFICAÇÃO DO(A) ESTUDANTE

Nome Completo: _____

CPF: _____ Matrícula nº: _____

Curso: _____ E-mail: _____

Câmpus Universitário/Núcleo/Polos: _____ Telefone: (____) _____

2. MODALIDADE E VIGÊNCIA

() Auxílio Alimentação (R\$ 300,00) Início da concessão (mês/ano): _____

() Auxílio Moradia (R\$ 400,00) Término da concessão (mês/ano): _____

3. COMPROMISSOS E DECLARAÇÕES

Ao assinar este termo, declaro estar ciente e comprometo-me a cumprir as seguintes condições estabelecidas pela Resolução nº 012/2021-CONSUNI e pelo Edital vigente.

- **Vínculo Acadêmico:** Manter matrícula ativa em curso de graduação da UNEMAT durante todo o período de concessão.
- **Avaliação de Desempenho:** Ser aprovado por frequência em pelo menos 75% (setenta e cinco) dos componentes curriculares matriculados no semestre letivo; e ser aprovado por média em pelo menos 50% (cinquenta) dos componentes curriculares matriculados no semestre letivo.
- **Exclusividade de Renda:** Não possuir vínculo empregatício formal (trabalho com carteira assinada) nem ser proprietário de empresa.
- **Acúmulo de Benefícios:** Caso venha a ser contemplado com outra bolsa remunerada da UNEMAT ou instituições conveniadas (pesquisa, extensão, etc.), comprometo-me a optar por apenas uma, conforme vedação de acúmulo prevista em edital.
- **Prestação de Contas:** Entregar mensalmente o recibo no Centro de Assuntos Estudantis (CAEST) do meu câmpus ou para a DEAD. A não entrega por 2 (dois) meses consecutivos resultará na interrupção imediata do auxílio.
- **Veracidade das Informações:** Estar ciente de que minha condição socioeconômica poderá ser reavaliada a qualquer tempo. Declarações falsas ou omissões implicarão no desligamento do programa e dever de ressarcimento aos cofres públicos.
- **Desistência:** Informar imediatamente ao CAEST/DEAD, mediante Termo de Desistência, caso decida interromper o recebimento do auxílio ou perca os critérios de elegibilidade.

4. CIÊNCIA E ASSINATURA

Declaro que li e compreendo todas as normas do edital vigente e que o não cumprimento dos critérios estabelecidos pelo edital implicará no meu desligamento do Programa de Assistência Estudantil (PAE).

_____ -MT, _____ de _____ de 20__.

Assinatura do(a) acadêmico(a)