

ANEXO I - FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO E TERMO DE OUTORGA DE ACEITAÇÃO DO BENEFÍCIO

Edital Proaf 15/2026 – UFSB: Universidade Promotora de Saúde – Mês de Valorização da Vida

INFORMAÇÕES GERAIS DA PROPOSTA	
Título da proposta:	
Campus de Execução:	
Período de execução:	
ESTUDANTE PROPONENTE:	
Nome:	
Nº de matrícula:	Curso:
Campus:	Telefone:
Endereço:	
E-mail:	

Eu, _____, nº _____ de Matrícula _____, na condição de estudante de graduação solicito inscrição no processo seletivo **Edital UFSB: Universidade Promotora de Saúde – Mês de Valorização da Vida**. Se selecionada/o, comprometo-me a utilizar o subsídio recebido exclusivamente para financiamento e realização de ações ou projetos Promotores de Saúde.

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 de acordo com os critérios estabelecidos pelo respectivo edital;
2. manter-me matriculada/a no semestre **2026.2** em no mínimo, 2 (dois) Componentes Curriculares;
3. não repassar o benefício a outra/o estudante;
4. 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.](#)
5. em caso de desistência ou trancamento de matrícula antes da execução da proposta, solicitar por escrito o cancelamento do benefício, por meio do envio do **Anexo A**;
6. ter rendimento acadêmico equivalente a nota 6,0, em, pelo menos, 60% dos componentes curriculares em que estiver inscrita/o;
7. Realizar prestação de contas que comprove a execução da proposta de promoção de saúde planejada, caso obtenha o incentivo financeiro da UFSB.

Declaro, também, a veracidade dos documentos entregues, e comprometo-me com o envio de informações e documentações complementares que forem solicitadas pela PROAF.

E-mail: _____ Tel.: _____

DADOS BANCÁRIOS

Indicar as informações bancárias da conta onde deseja receber o subsídio. 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: _____

A PROPOSTA SERÁ REALIZADA: () individualmente () equipe

ESTUDANTE COLABORADOR 1: Além da/o estudante proponente, poderão compor a equipe executora mais 4 (quatro) estudantes

Nome:

Matrícula:

Telefone:

E-mail:

Assinatura:

ESTUDANTE COLABORADOR 2: Além da/o estudante proponente, poderão compor a equipe executora mais 4 (quatro) estudantes

Nome:

Matrícula:

Telefone:

E-mail:

Assinatura:

ESTUDANTE COLABORADOR 3: Além da/o estudante proponente, poderão compor a equipe executora mais 4 (quatro) estudantes

Nome:

Matrícula:

Telefone:

E-mail:

Assinatura:

ESTUDANTE COLABORADOR 4: Além da/o estudante proponente, poderão compor a equipe executora mais 4 (quatro) estudantes

Nome:

Matrícula:

Telefone:

E-mail:

DOCENTE OU TÉCNICO-ADMINISTRATIVO COLABORADOR **

**É facultativo a inclusão de 1 (um/uma) docente ou 1 (um/a) técnico-administrativo/a da UFSB, que atuará como colaborador/a, em articulação com a/o estudante coordenador da proposta de promoção da saúde submetida.

Nome:

Categoria: () Técnico-administrativo () Docente

Matrícula SIAPE

Telefone:

E-mail:

Assinatura:



UNIVERSIDADE FEDERAL DO SUL DA BAHIA
PRÓ-REITORIA DE AÇÕES AFIRMATIVAS
DIRETORIA DE ASSUNTOS ESTUDANTIS
COORDENAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA ESTUDANTIL
