**ANEXO II**

**Modelo de Declaração de Patrimônio**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ declaro sob as penas da lei, para comprovação dos dados Informados no Formulário de Inscrição de Bolsa de Estudo, que o patrimônio pertencente ao grupo familiar informado, é composto dos seguintes bens e respectivos valores:

**BENS IMÓVEIS** (Casa, Apartamento Sala Comercial, Lote Urbano, Lote Rural, Chácara):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DESCRIÇÃO** | **LOCALIZAÇÃO** | **VALOR (R$)** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**VEÍCULOS** (Automóvel, Caminhão, Motocicleta, Motoneta ou Reboque):

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DESCRIÇÃO** | **ANO** | **MODELO** | **PLACA** | **RENAVAN** | **VALOR (R$)** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**OUTROS**:

|  |  |
| --- | --- |
| **DESCRIÇÃO** | **VALOR (R$)**  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Totalizando o valor de R$** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, conforme declarado no formulário.

Declaro que o(s) dado(s) acima apresentado(s) é(são) verdadeiro(s) e estou ciente de que a omissão de informações ou a apresentação de dados ou documentos falsos e/ou divergentes implicam no cancelamento do recebimento das bolsas de estudo e obrigam a imediata devolução dos valores indevidamente recebidos e pagamento das mensalidades do Curso de Medicina durante o período cursado em gozo do benefício concedido, além das medidas judiciais cabíveis.

Autorizo a Comissão de Acompanhamento e Fiscalização ou quem a Faculdade Medicina do Sertão designar e averiguar a informação acima.

Por ser esta a expressão da verdade, firmo a presente.

Local e data:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 20\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura de um integrante do grupo familiar maior de 18 anos

Assinaturas das testemunhas:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome: Nome:

CPF CPF

(reconhecer firma em cartório)