



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ**  
**PRÓ-REITORIA DE ASSUNTOS ESTUDANTIS E COMUNITÁRIOS**  
**COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA COMUNITÁRIA**  
Campus Universitário Ministro Petrônio Portela, Bairro Ininga, Teresina, Piauí, Brasil; CEP 64049-550  
SG – 14. Telefones: (86) 3215 5642/ 3215 5645; Fax (86) 3215 5640

### **ANEXO XIII**

#### **TERMO DE COMPROMISSO- AUXÍLIO RESIDÊNCIA**

Eu, \_\_\_\_\_ nascido em \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Nacionalidade \_\_\_\_\_ Natural de: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_ Identidade nº \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_  
Estado \_\_\_\_\_ Civil \_\_\_\_\_ residindo à Rua: \_\_\_\_\_  
Zona: \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
Telefone(s): \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_  
aluno do curso de: \_\_\_\_\_ matrícula nº: \_\_\_\_\_.

Declaro estar ciente que o período máximo para participação no Auxílio Residência é referente ao período regulamentar do curso do/a estudante acrescido pelo máximo de dois períodos, desde que atenda aos requisitos de permanência contidos neste edital. Sendo obrigatório o cumprimento dos requisitos pedagógicos presentes em edital e no termo de Concordância do Serviço Pedagógico, do qual tenho absoluta ciência, bem como, a comprovação de vínculo semestral com a instituição, sob pena de desligamento automático do benefício.

Cidade: \_\_\_\_\_  
Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Banco: \_\_\_\_\_  
Nº da Agência: \_\_\_\_\_  
Conta Corrente: \_\_\_\_\_

---

Assinatura do Estudante (Por Extenso)