



ANEXO II
DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA QUANTO À POSSIBILIDADE DE SUSPENSÃO
OU CANCELAMENTO DE OUTROS BENEFÍCIOS SOCIAIS

EDITAL Nº 001/2026 – PMA/SEMAS
Auxílio Financeiro Estudantil – Município de Amaturá/AM

Eu, _____, (nacionalidade), (estado civil), estudante regularmente matriculado(a) no curso de (curso), na instituição (instituição de ensino), RG nº _____ e CPF nº _____, residente e domiciliado(a), para fins de estudos, no município de _____, declaro, para os devidos fins, que:

1. **Tenho ciência** de que o recebimento do Auxílio Financeiro Estudantil concedido pelo Município de Amaturá/AM poderá **impactar outros benefícios sociais** eventualmente percebidos por mim ou por meu núcleo familiar, em razão das regras próprias de cada programa, especialmente quanto aos critérios de renda;
2. Declaro estar ciente de que **eventual suspensão, bloqueio ou cancelamento** de benefícios sociais, tais como **Bolsa Família** ou outros programas assistenciais, **em decorrência do acúmulo de rendas ou benefícios**, será de **minha responsabilidade única e exclusiva**, não podendo o Município de Amaturá ou a Secretaria Municipal de Assistência Social – SEMAS ser responsabilizados por tais efeitos;
3. Declaro, ainda, que os **estudantes indígenas** que recebem o **Programa Bolsa Permanência – PBP (MEC)**, no valor mensal atualmente fixado, **assumem integral responsabilidade** por eventual conflito ou incompatibilidade decorrente do acúmulo de benefícios, caso optem por pleitear o Auxílio Financeiro Estudantil municipal;
4. Reconheço que o Auxílio Financeiro Estudantil possui **natureza assistencial, temporária e condicionada**, devendo ser observado o cumprimento integral das regras previstas na Lei, no Decreto e no Edital que regem o programa.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração, ciente de seus efeitos legais.

Amaturá/AM, ____ de _____ de 2026.

Assinatura do(a) Estudante

Nome completo: _____

CPF: _____