

ANEXO 01

FOTO DO
ALUNO

FORMULÁRIO DO PEDIDO DE RENOVAÇÃO DE BOLSA DE ESTUDO SOCIAL

1- Identificação:

Interessado: _____
Matrícula: _____ Curso: _____
Período: _____ Estado Civil: _____
Data de nascimento: _____ Atividade remunerada: _____
E-mail: _____ Telefone: _____
Pessoa com deficiência? () Não () Sim Qual? _____

Endereço do interessado:

Logradouro: _____ n.º _____
Complemento: _____ Bairro: _____
Cidade/UF: _____ CEP: _____
Ponto de referência: _____

Filiação:

Mãe: _____
Data de nascimento: _____ Telefone: _____
Escolaridade: _____ Atividade remunerada: _____

Pai: _____
Data de nascimento: _____ Telefone: _____
Escolaridade: _____ Atividade remunerada: _____

Endereço da mãe:

Logradouro: _____ n.º _____
Complemento: _____ Bairro: _____
Cidade/UF: _____ CEP: _____
Ponto de referência: _____

Endereço do pai:

Logradouro: _____ n.º _____
Complemento: _____ Bairro: _____
Cidade/UF: _____ CEP: _____
Ponto de referência: _____

Responsável(is) financeiro(s): _____
Estado Civil: _____ Atividade remunerada: _____
E-mail: _____ Telefone: _____

Endereço do(s) responsável(is) financeiro(s):
Logradouro: _____ n.º _____
Complemento: _____ Bairro: _____
Cidade/UF: _____ CEP: _____
E-mail: _____ Telefone: _____
Ponto de referência: _____

Responsável(is) financeiro(s): _____
Estado Civil: _____ Atividade remunerada: _____
E-mail: _____ Telefone: _____

Endereço do(s) responsável(is) financeiro(s):
Logradouro: _____ n.º _____
Complemento: _____ Bairro: _____
Cidade/UF: _____ CEP: _____
E-mail: _____ Telefone: _____
Ponto de referência: _____

Cônjuge: _____
Data de nascimento: _____ Telefone: _____
Escolaridade: _____ Atividade remunerada: _____

Filho(a)/enteado(a): _____
Data de nascimento: _____ Telefone: _____
Escolaridade: _____ Atividade remunerada: _____

Filho(a)/enteado(a): _____
Data de nascimento: _____ Telefone: _____
Escolaridade: _____ Atividade remunerada: _____

2- Demonstrativo das despesas do aluno:

OBS: ESTE ITEM É REFERENTE ÀS DESPESAS INDIVIDUAIS DO ALUNO que não mora com a família e que atualmente reside neste município.

Especificar em cada item o tipo de despesa realizada - Responder apenas os itens em que você tenha despesas.

| TIPO DE DESPESA (observar o mês de referência) | DISCRIMINAR SUAS REAIS DESPESAS |
|---|---------------------------------|
| Habitação (*) | |
| Combustível | |
| Água, Luz, gás, etc. (*) | |
| Telefone (*) | |

| | |
|---------------------------------------|--------------|
| Empregada Doméstica e/ou Faxineira | |
| Outros – especificar | |
| (*) Anexar comprovantes do último mês | Total |

3- Grupo familiar (principal):

| Nome | Resp.Principal | Parentesco | Idade | Estado Civil | Escolaridade | Situação Ocupacional | | | | | Renda Mensal |
|------|----------------|------------|-------|--------------|--------------|----------------------|-------|------------|-------------|-------------------------|--------------|
| | | | | | | Ocupação | Ativo | Aposentad. | Pensionista | Desemp. | RS |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | Outras Receitas: | |
| | | | | | | | | | | TOTAL | |
| | | | | | | | | | | Renda Bruta: | |
| | | | | | | | | | | Total nº de pessoas: | |

4- Grupo familiar (por dependência econômica):

| Nome | Resp.Principal | Parentesco | Idade | Estado Civil | Escolaridade | Situação Ocupacional | | | | | Renda Mensal |
|------|----------------|------------|-------|--------------|--------------|----------------------|-------|------------|-------------|-------------------------|--------------|
| | | | | | | Ocupação | Ativo | Aposentad. | Pensionista | Desemp. | RS |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | Outras Receitas: | |
| | | | | | | | | | | TOTAL | |
| | | | | | | | | | | Renda Bruta: | |
| | | | | | | | | | | Total nº de pessoas: | |

Outras rendas do(s) grupo(s) familiar(es):

Valor mensal total de outras rendas: _____

Grupo(s) familiar(es) inscrito no CAD ÚNICO? () Não () Sim

Se sim, a concessão da bolsa de estudo social no período letivo anterior considerou a inscrição do(s) grupo(s) familiar(es) no CAD ÚNICO? () Não () Sim

Possui benefícios da assistência social () Não () Sim

Se sim, quais benefícios: _____

5- Aspectos habitacionais/infraestrutura:

| | | | | | | | |
|--|---|---|--|------------|--------|-------|---------|
| a) Tipo <input type="checkbox"/> 1.Tijolo <input type="checkbox"/> 2.Madeira <input type="checkbox"/> 3.Tijolo e madeira <input type="checkbox"/> 4.Outros Esp. _____ b) Zona <input type="checkbox"/> 1.Rural () 2.Urbano c) Acesso a Internet <input type="checkbox"/> 1.Sim () 2.Não | d) Modalidade <input type="checkbox"/> 1.Casa <input type="checkbox"/> 2.Apartamento <input type="checkbox"/> 3.Cômodos <input type="checkbox"/> 4.Outros Esp. _____ e) Acomodações <input type="checkbox"/> 1.Suficiente <input type="checkbox"/> 2.Insuficiente Total de cômodos: ____ | f) Água <input type="checkbox"/> 1.Água encanada <input type="checkbox"/> 2.Mina <input type="checkbox"/> 3.Poço g) Iluminação <input type="checkbox"/> 1.Luz elétrica <input type="checkbox"/> 2.Outros Esp. _____ h) Coleta de lixo <input type="checkbox"/> 1.Sim () 2.Não | a)Condição <input type="checkbox"/> 1.Propria <input type="checkbox"/> 2.Financiada <input type="checkbox"/> 3.Alugada <input type="checkbox"/> 4.Cedida <input type="checkbox"/> 5.Outros Obs.: _____ | b)Situação | | | |
| | | | | 1.insat | 2.reg. | 3.boa | 4.otima |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

6- Bens:

| Endereço do imóvel | Tipo de imóvel | Quitado ou financiado? | Utilização atual | Valor de mercado |
|--------------------|----------------|------------------------|------------------|------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

() Rendimentos financeiros () Aluguel () Outro: _____

Possui veículo? () Não () Sim

Se sim: _____

| Veículo | Modelo/ano | Quitado ou financiado? | Valor da parcela (se financiado) | Último valor do IPVA |
|---------|------------|------------------------|----------------------------------|----------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

7- Despesas do grupo familiar:

| TIPO DE DESPESA | DISCRIMINAR AS REAIS DESPESAS DO GRUPO FAMILIAR | VALOR MENSAL |
|--|--|---------------------|
| a) Habitação (aluguel ou financiamento*) | | |
| b) Alimentação (média mensal) | | |
| d) Combustível | | |
| e) Instrução/Escola (irmãos e outros) * | | |
| f) DESPESA DO GRUPO FAMILIAR COM A MANUTENÇÃO DO ALUNO NA FMC (sem somar a mensalidade) | | |
| g) Saúde | | |
| h) Impostos (*) | | |
| i) Água, Luz (*) | | |
| j) Telefone (*) | | |
| k) Empregada Doméstica e/ou Faxineira(*) | | |
| m) Outros - a especificar (*) | | |
| (*) anexar comprovantes do último mês. | T O T A L: | |

8- Jutificativa:

Justifique seu pedido de bolsa.

Declaração sob as penas da lei e do Regimento Geral da Faculdade de Medicina de Campos.

Campos dos Goytacazes, 11 de julho de 2022

Assinatura do interessado

Assinatura do responsável financeiro

Assinatura do responsável financeiro