

ANEXO 01

FORMULÁRIO DO PEDIDO DE CONCESSÃO DE BOLSA DE ESTUDO SOCIAL – 2022.2



1. IDENTIFICAÇÃO DO(A) INTERESSADO(A):

Interessado(a): _____
CPF: _____ Matrícula: _____
Curso: _____ Período: _____
Data de nascimento: _____ Estado Civil: _____
Data de nascimento do cônjuge: _____ Nome do cônjuge: _____
CPF do cônjuge: _____ Atividade remunerada do cônjuge: _____
E-mail: _____ Telefone(s): _____
Endereço de origem: _____

Endereço em Campos: _____

2. ESCOLARIDADE DO(A) INTERESSADO(A):

Escolaridade prévia: _____ Atividade remunerada: _____
Escola(s) onde cursou o ensino médio: _____
1.º ano: () Particular; () Particular com bolsa parcial; () Particular com bolsa integral; () Pública;
2.º ano: () Particular; () Particular com bolsa parcial; () Particular com bolsa integral; () Pública;
3.º ano: () Particular; () Particular com bolsa parcial; () Particular com bolsa integral; () Pública.

3. FAMILIARES/AFINS DO(A) INTERESSADO(A):

Possui filhos(as) ou enteados(as): () Sim; () Não; Nome(s) e idade(s) _____

CPF do(s) filho(s) que possuam conta bancária e/ou outros ativos _____

Nome da mãe do(a) interessado(a): _____
CPF: _____ Data de nascimento: _____
Escolaridade: _____ Atividade remunerada: _____
Estado civil: _____ Nome do cônjuge: _____
CPF do cônjuge: _____ Atividade remunerada do cônjuge: _____
Endereço: _____
Mantém vínculo como familiar: () Sim; () Não; Possui dependência econômica: () Sim; () Não.

5.2. Preencher com as informações sobre o grupo familiar ampliado do(a) interessado(a), ou seja, do qual dependa financeiramente mesmo sem que compartilhem um mesmo domicílio, salvo quando se tratar da percepção de pensão alimentícia fixada por decisão judicial ou ajustada por escritura pública:

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:					

5.3. O(a) interessado(a) ou integrante do grupo familiar é acometido por enfermidade(s) grave(s) e/ou crônica(s) e/ou se enquadra como pessoa com deficiência: () Não; () Sim, especificar: _____

5.4. O(a) interessado(a) possui familiar e/ou afim que perceba benefício previdenciário ou social com transferência condicionada de renda implementado pela União, Estados, Distrito Federal ou Municípios: () Não; () Sim, especificar: _____

5.5. O(a) interessado(a) ou integrante do grupo familiar percebe ajuda(s) financeira(s) de terceiro(s): () Não; () Sim, especificar: _____

5.6. O(a) interessado(a) ou integrante do grupo familiar percebe pensão alimentícia fixada por decisão judicial ou ajustada por escritura pública: () Não; () Sim, especificar: _____

5.7. O(a) interessado(a) custeia pensão alimentícia: () Não; () Sim, especificar: _____

5.8. O(a) interessado(a) está envolvido como parte ou interessado em processo judicial referente a direitos sucessórios ou de família: () Não; () Sim, especificar: _____

6. ROL DE BENS E ATIVOS DO GRUPO FAMILIAR DO(A) INTERESSADO(A):

6.1. O(a) interessado(a) e/ou integrante(s) do(s) grupo(s) familiar(es) possui(em) imóvel(is) próprio(s):
() Não; () Sim, especificar propriedade ou posse, tipo de imóvel (casa, apartamento, sala comercial, prédio comercial ou área rural), utilização ou destinação atual, estado de conservação, endereço e valor de mercado: _____

6.2. O(a) interessado(a) e/ou integrante(s) do(s) grupo(s) familiar(es) possui(em) veículo(s) próprio(s):
() Não; () Sim, especificar modelo, marca, ano de fabricação, placa, chassi, valor da tabela FIPE, se quitado ou financiado (com valor da prestação mensal): _____

6.3. O(a) interessado(a) e/ou integrante(s) do(s) grupo(s) familiar(es) possui(em) participação em empresa(s) ou titulariza(m) MEI: () Não; () Sim, especificar razão social ou nome comercial, CNPJ, capital social, valor da participação no capital social, renda no exercício de 2021, renda média no exercício 2022, ativos vinculados à empresa ou MEI: _____

6.4. O(a) interessado(a) e/ou integrante(s) do(s) grupo(s) familiar(es) possui(em) outros ativos como valores em conta poupança, conta corrente, conta de investimento, criptomoedas, ações, debêntures, semoventes e/ou outros: () Não; () Sim, especificar modalidade(s) e valores correlatos: _____

7. DESPESAS DO GRUPO FAMILIAR DO(A) INTERESSADO(A):

7.1. Preencher com as informações sobre o grupo familiar do(a) interessado(a), composto por uma ou mais pessoas e eventualmente ampliado por outras pessoas que contribuam para o rendimento ou tenham suas despesas atendidas pela unidade familiar, todas moradoras do mesmo domicílio:

NATUREZA	DETALHAMENTO DA DESPESA	MÉDIA MENSAL
Moradia (aluguel ou financiamento)		
IPTU		
Condomínio		
Água e esgoto		
Energia elétrica		
Gás		
Telefone (fixo e móvel)		
Internet		
Empregada doméstica ou faxineira		
Transporte (público, táxi, uber etc)		
Combustível		
Instrução do(s) irmão(s) e outros		
Plano de saúde		
Farmácia (média mensal)		
Outras despesas de saúde		
Alimentação (média mensal)		
Outras despesas		
Outras despesas		
Outras despesas		
Outras despesas		
Outras despesas		
Outras despesas		
	TOTAL	

7.2. Preencher com as informações sobre o grupo familiar ampliado do(a) interessado(a), ou seja, do qual dependa financeiramente mesmo sem que compartilhem um mesmo domicílio, salvo quando se tratar da percepção de pensão alimentícia fixada por decisão judicial ou ajustada por escritura pública:

NATUREZA	DETALHAMENTO DA DESPESA	MÉDIA MENSAL
Moradia (aluguel ou financiamento)		
IPTU		
Condomínio		
Água e esgoto		
Energia elétrica		
Gás		
Telefone (fixo e móvel)		
Internet		
Empregada doméstica ou faxineira		

Transporte (público, táxi, uber etc)		
Combustível		
Instrução do(s) irmão(s) e outros		
Plano de saúde		
Farmácia (média mensal)		
Outras despesas de saúde		
Alimentação (média mensal)		
Outras despesas		
Outras despesas		
Outras despesas		
Outras despesas		
Outras despesas		
Outras despesas		
	TOTAL	

8. JUSTIFICATIVA DO(A) INTERESSADO(A) PARA A CONCESSÃO DE BOLSA DE ESTUDO SOCIAL

8.1. O(a) interessado(a) possui familiar e/ou afim que curse ou tenha cursado algum dos cursos de graduação da Faculdade de Medicina de Campos: () Não; () Sim, especificar nome, grau de parentesco ou afinidade e se a pessoa foi ou é beneficiária de bolsa de estudo social: _____

O(a) interessado(a) declara, sob as penas da lei, a veracidade das informações prestadas e se obriga a informar ao Setor de Serviço Social da Fundação Benedito Pereira Nunes, de imediato, as eventuais alterações da composição e do perfil socioeconômico de seu grupo familiar que possam extrapolar o teto do art. 19, § 1.º, incisos I e II, da Lei Complementar n.º 187, de 16 de dezembro de 2021.

Campos dos Goytacazes – RJ, ____ de _____ de 2022

Assinatura do interessado

Assinatura do responsável financeiro

Assinatura do responsável financeiro