

ANEXO I

FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO

Processo Seletivo para Admissão de Estudantes dos Cursos de Graduação em Medicina e Enfermagem, matriculados pelo Sistema de Reserva de Vagas, no Programa Bolsa Permanência - ano letivo/2018

Nome do Estudante:		Data do Nascimento:	
Curso:	Matrícula n°:	CPF n°:	
RG n°:	Órgão Expedidor:		
Filiação: Pai:			
Mãe:			
Endereço:		UF:	CEP:
E-mail:			
Telefone fixo:		Celular:	

Declaro, sob as penas da lei, nos termos do artigo 299 do Código Penal Brasileiro, que é de minha inteira responsabilidade a veracidade das informações contidas neste documento, estando ciente de que a omissão ou a apresentação de informações falsas ou divergentes implicam no indeferimento da admissão no Programa Bolsa Permanência ou, ainda, exclusão do Programa com a imediata devolução dos valores recebidos indevidamente e sujeito às sanções cabíveis.

Brasília-DF, ____ de _____ de ____.

Assinatura do estudante ou Representante Legal

ANEXO II

TERMO DE COMPROMISSO

Processo Seletivo para Admissão de Estudantes dos Cursos de Graduação em Medicina e Enfermagem, matriculados pelo Sistema de Reserva de Vagas, no Programa Bolsa Permanência - ano letivo/2018

Nome do Estudante:		Data do Nascimento:	
Curso:	Matrícula:	CPF:	
RG:	Órgão Expedidor:		
Filiação: Pai:			
Mãe:			
Endereço:		UF:	CEP:
E-mail:			
Telefone fixo:		Celular:	
Banco: BRB: 070	Nº da Agência:	Nº da Conta Corrente:	

Por este TERMO DE COMPROMISSO, o(a) estudante beneficiário da Bolsa Permanência, em conformidade com a legislação vigente e edital específico, comprometer-se a respeitar integralmente todas as condições constantes no presente termo, sob pena de perda, suspensão e/ou cancelamento do benefício.

COMPROMISSOS ASSUMIDOS PELO(A) ESTUDANTE BENEFICIÁRIO(A) DA BOLSA PERMANÊNCIA JUNTO A ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/FEPECS:

1. Estar devidamente matriculado na ESCS/FEPECS.
2. Manter a frequência mínima mensal de 75% (setenta e cinco por cento) nas atividades educacionais.
3. Apresentar conceito satisfatório na avaliação final de qualquer unidade educacional.
4. Cumprir as normas da Bolsa Permanência estabelecidas no Edital Normativo do Processo Seletivo, na Lei nº 3.361/2004, de 15 de junho de 2004, no Decreto nº 25.394/2004, de 1º de dezembro de 2004, na Instrução/FEPECS Nº 4, de 01 de fevereiro de 2018, publicada no DODF de 05 de março de 2018.
5. Estar ciente de que, na ocorrência de apresentação de falsa documentação ou fraude, será automaticamente excluído do programa e sujeito às sanções cabíveis.

Brasília-DF, ____ de _____ de _____.

Assinatura do estudante

ANEXO III

FORMULÁRIO SOCIOECONÔMICO

Processo Seletivo para Admissão de Estudantes dos Cursos de Graduação em Medicina e Enfermagem, matriculados pelo Sistema de Reserva de Vagas, no Programa Bolsa Permanência - ano letivo/2018

Declaro, sob as penas da lei, que é de minha inteira responsabilidade a veracidade das informações contidas neste documento.

Nome do Estudante:		Data do Nascimento:	
Curso:	Matrícula n°:	CPF n°:	
RG n°:		Órgão Expedidor:	
Filiação: <u>Pai::</u>			
<u>Mãe:</u>			
Endereço:		UF:	CEP:
E-mail:			
Telefone fixo:		Celular:	
Onde você mora atualmente?		Quantas pessoas residem em sua casa?	
<input type="checkbox"/> Imóvel próprio <input type="checkbox"/> Imóvel alugado <input type="checkbox"/> Imóvel cedido <input type="checkbox"/> Habitação coletiva <input type="checkbox"/> Outras situações _____		<input type="checkbox"/> Moro Sozinho <input type="checkbox"/> Quatro <input type="checkbox"/> Duas <input type="checkbox"/> Cinco <input type="checkbox"/> Outro quantitativo _____ <input type="checkbox"/> Três <input type="checkbox"/> Seis	
Informações Socioeconômicas: Informação do estudante: Renda bruta mensal? R\$ _____ (_____) Informação das pessoas que fazem parte do grupo familiar:			
Nome _____	Grau de Parentesco _____	Idade _____	Renda bruta mensal R\$ _____ <input type="checkbox"/> Sem Renda
Nome _____	Grau de Parentesco _____	Idade _____	Renda bruta mensal R\$ _____ <input type="checkbox"/> Sem Renda
Nome _____	Grau de Parentesco _____	Idade _____	Renda bruta mensal R\$ _____ <input type="checkbox"/> Sem Renda
Nome _____	Grau de Parentesco _____	Idade _____	Renda bruta mensal R\$ _____ <input type="checkbox"/> Sem Renda
Nome _____	Outros _____	Idade _____	Renda bruta mensal R\$ _____ <input type="checkbox"/> Sem Renda
Nome _____	Outros _____	Idade _____	Renda bruta mensal R\$ _____ <input type="checkbox"/> Sem Renda
Nome _____	Outros _____	Idade _____	Renda bruta mensal R\$ _____ <input type="checkbox"/> Sem Renda
Renda bruta mensal familiar (soma dos rendimentos auferidos por todos os membros do grupo familiar, incluindo o estudante) R\$ _____ (_____) Renda per capita (divisão da renda bruta mensal familiar pelo número total de integrantes do grupo familiar) R\$ _____ (_____)			

Brasília-DF, ____ de _____ de ____.

Assinatura do estudante ou Representante Legal

ANEXO IV

DECLARAÇÃO DE RENDA OU DE NÃO POSSUIR RENDA

Processo Seletivo para Admissão de Estudantes dos Cursos de Graduação em Medicina e Enfermagem, matriculados pelo Sistema de Reserva de Vagas, no Programa Bolsa Permanência - ano letivo/2018

Eu, _____,

RG nº _____, CPF nº _____.

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS, SOB AS PENAS DA LEI, QUE:

Recebo renda mensal no valor de R\$: _____

(valor numérico e por extenso) a título de _____

Não recebo renda de espécie alguma

Por ser verdade, dato e assino o presente documento, declarando, ainda, estar ciente que é de minha inteira responsabilidade a veracidade das informações contidas neste documento e que na omissão ou a apresentação de informações falsas ou divergentes estarei incorrendo em falta e sujeito as sanções cabíveis.

Declaro, ainda, estar ciente do teor da Instrução/FEPECS Nº 4, de 01 de fevereiro de 2018, publicada no DODF de 5 de março de 2018, e dos termos do Edital Normativo.

Brasília-DF, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Declarante

ANEXO V

DECLARAÇÃO DO RECEBIMENTO DE QUALQUER AUXÍLIO FINANCEIRO AUFERIDO DA FEPECS, DE OUTROS ÓRGÃOS, ENTIDADES OU INSTITUIÇÕES Processo Seletivo para Admissão de Estudantes dos Cursos de Graduação em Medicina e Enfermagem, matriculados pelo Sistema de Reserva de Vagas, no Programa Bolsa Permanência - ano letivo/2018

Eu, _____

Estudante do Curso de: _____, Matrícula nº: _____, CPF nº _____.

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS, SOB AS PENAS DA LEI, QUE:

- Não recebo auxílio financeiro da FEPECS, de outros órgãos, entidades ou instituições;
- Recebo auxílio financeiro do(s) órgão/entidade/instituição: _____

Recebo o(s) seguinte(s) auxílio(s):

- Estágio remunerado
- Bolsa Monitoria
- Bolsa de Pesquisa
- Bolsa de Iniciação Científica
- Bolsa do Programa de Educação para o Trabalho em Saúde - PET
- Outros _____

Declaro, sob as penas da lei, que é de minha inteira responsabilidade a veracidade das informações contidas na presente Declaração.

Declaro, ainda, estar ciente do teor da Instrução/FEPECS Nº 4, de 01 de fevereiro de 2018, publicada no DODF de 05 de março de 2018, e dos termos do Edital Normativo.

Brasília-DF, ____ de _____ de _____

Assinatura do estudante ou Representante Legal

ANEXO VI

DECLARAÇÃO DE CONHECIMENTO E CUMPRIMENTO DOS REQUISITOS PARA ADMISSÃO NO PROGRAMA BOLSA PERMANÊNCIA

**Processo Seletivo para Admissão de Estudantes dos Cursos de Graduação em Medicina e
Enfermagem, matriculados pelo Sistema de Reserva de Vagas, no Programa Bolsa
Permanência - ano letivo/2018**

Eu, _____

Estudante do Curso de: _____, Matrícula nº: _____, CPF nº _____

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS, SOB AS PENAS DA LEI:

1 – Estar ciente e atender aos requisitos para admissão no Programa Bolsa Permanência da ESCS/FEPECS, nos termos do Edital Normativo, da Lei nº 3.361/2004, de 15 de junho de 2004, do Decreto nº 25.394/2004, de 1º de dezembro de 2004, Instrução/FEPECS Nº 4, de 01 de fevereiro de 2018, publicada no DODF de 05 de março de 2018.

2 – Não possuir diploma de graduação nem se encontrar matriculado em outro curso de ensino superior em Instituição de Ensino Público ou Privado;

3 – Que todos os comprovantes entregues no ato da inscrição para o processo seletivo de admissão do benefício da Bolsa Permanência para o ano de 2018, são cópias autênticas dos originais.

Brasília, _____ de _____ de _____.

Assinatura do estudante ou Representante Legal

ANEXO VII

DECLARAÇÃO DE CONVIVÊNCIA MARITAL/UNIÃO ESTÁVEL

Processo Seletivo para Admissão de Estudantes dos Cursos de Graduação em Medicina e Enfermagem, matriculados pelo Sistema de Reserva de Vagas, no Programa Bolsa Permanência - ano letivo/2018

Eu, _____

Portador do CPF nº _____

e _____ Portador

do CPF nº _____ ambos residentes e domiciliados no endereço _____, situado

na cidade de _____, UF: _____,

CEP _____, declaramos, para os devidos fins, que convivemos em União Estável

ou Convivência Marital.

Por ser verdade, datamos e assinamos o presente documento, declarando, ainda, estar ciente que é de nossa inteira responsabilidade a veracidade das informações contidas neste documento e que na omissão ou a apresentação de informações falsas ou divergentes estaremos incorrendo em falta e sujeito às sanções cabíveis.

Brasília-DF, ____ de _____ de _____.

Assinatura do declarante

Assinatura do cônjuge

ANEXO VIII

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Processo Seletivo para Admissão de Estudantes dos Cursos de Graduação em Medicina e Enfermagem, matriculados pelo Sistema de Reserva de Vagas, no Programa Bolsa Permanência - ano letivo/2018

Eu, _____

Portador do CPF nº _____ declaro que resido no endereço _____, situado na cidade _____, UF _____, CEP _____.

Por ser verdade, dato e assino o presente documento, declarando, ainda, estar ciente que é de minha inteira responsabilidade a veracidade das informações contidas neste documento e que na omissão ou a apresentação de informações falsas ou divergentes estarei incorrendo em falta e sujeito às sanções cabíveis.

Brasília-DF, ____ de _____ de _____.

Assinatura do declarante

ANEXO IX

FORMULÁRIO PARA INTERPOSIÇÃO DE RECURSO - Processo Seletivo para Admissão de Estudantes dos Cursos de Graduação em Medicina e Enfermagem, matriculados pelo Sistema de Reserva de Vagas, no Programa Bolsa Permanência - ano letivo/2018

IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDANTE

Eu, _____

Estudante do Curso de: _____, Matrícula nº: _____, CPF nº: _____

SOLICITAÇÃO

Como candidato do Processo Seletivo para Admissão de Estudantes dos Cursos de Graduação em Medicina e Enfermagem, matriculados pelo Sistema de Reserva de Vagas, no Programa Bolsa Permanência - ano letivo/2017, solicito, nos termos do Edital Normativo, a revisão do resultado preliminar de acordo com a justificativa em anexo.

Brasília, _____ de _____ de 2018.

Assinatura do estudante ou do Representante Legal

FORMULÁRIO PARA INTERPOSIÇÃO DE RECURSO - Processo Seletivo para Admissão de Estudantes dos Cursos de Graduação em Medicina e Enfermagem, matriculados pelo Sistema de Reserva de Vagas, no Programa Bolsa Permanência - ano letivo/2018

RECURSO

Contra o resultado preliminar do Processo Seletivo para Admissão de Estudantes dos Cursos de Graduação em Medicina e Enfermagem, matriculados pelo Sistema de Reserva de Vagas, no Programa Bolsa Permanência - ano letivo/2018

JUSTIFICATIVA DO CANDIDATO

(se necessário, use o verso)