

## ANEXO I

### 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/2020

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:	

\* Não será necessário o preenchimento de imediato do campo (Nº da Agência) (Nº da Conta Corrente) no ato da inscrição; após a homologação do resultado final o estudante terá o prazo de 5 (cinco) dias para informar a respectiva conta corrente do BRB para posterior pagamento.

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 II

### 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/2020

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 nº:	CPF nº:	
RG nº:		Órgão Expedidor:	
Filiação: Pai:			
Mãe:			
Endereço:		UF:	CEP:
E-mail:			
Telefone fixo:		Celular:	
Onde você mora atualmente?		Quantas pessoas residem em suacasa?	
<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	
<b>Informações Socioeconômicas:</b> 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

### ANEXO III

#### 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/2020**

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 N° 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 IV

**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/2020**

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

**ANEXO V**

**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/2020**

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 anexados no ato da inscrição para o processo seletivo de admissão do benefício da Bolsa Permanência para o ano de 2020, são autênticos com os originais.

Brasília, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do estudante

**ANEXO VI**

**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/2020**

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 VII**

**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/2020**

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

