



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde
Escola Superior de Ciências da Saúde



ANEXO I

FICHA DE INSCRIÇÃO - Processo Seletivo para Renovação da Bolsa Universitária para o ano de 2014

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

1. Teve mudança de endereço nos últimos 12 meses? () Sim () Não
2. Ocorreram alterações no que diz respeito à sua situação socioeconômica nos últimos 12 meses?
() Sim () Não
Em caso positivo, qual foi a alteração? _____
3. Houve alteração na composição do grupo familiar nos últimos 12 meses? () Sim () Não
Em caso de resposta afirmativa, qual foi a alteração? _____

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 cancelamento da Bolsa Universitária, a imediata devolução dos valores recebidos indevidamente e sujeito às sanções cabíveis.

Brasília-DF, _____ de _____ de 2013.

Assinatura do(a) bolsista



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde
Escola Superior de Ciências da Saúde



ANEXO II

TERMO DE COMPROMISSO - Processo Seletivo para Renovação da Bolsa
Universitária para o ano de 2014

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

Por este **TERMO DE COMPROMISSO**, o(a) estudante beneficiário da Bolsa Universitária, em conformidade com a legislação vigente e edital específico, compromete-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 UNIVERSITÁRIA 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 Universitária estabelecidas no Edital nº ____, de ____ de _____ de 2013, publicado no DODF de ____ de _____ de 2013, 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 08, de 27 de março de 2008, publicada no DODF de 28 de março de 2008 e na Instrução/FEPECS nº 11, de 17 de junho de 2013, publicada no DODF de 25 de junho de 2013.
5. Estar ciente de que, na ocorrência de apresentação de falsa documentação ou fraude, será automaticamente excluído do programa e sujeito às sanções cabíveis.

E para que surtam todos os efeitos legais, o presente termo é firmado pelo estudante beneficiário da Bolsa Universitária e pelo Diretor Geral da ESCS.

Brasília-DF, ____ de _____ de 2013.

Assinatura do(a) Diretor Geral/ESCS

Assinatura do(a) bolsista



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde
Escola Superior de Ciências da Saúde



ANEXO III

FORMULÁRIO SOCIOECONÔMICO - Processo Seletivo para Renovação da Bolsa
Universitária para o ano de 2014

Nome do Estudante:		Data do Nascimento:
Curso:	Matrícula:	CPF:
RG:	Órgão Expedidor:	
Filiação: Mãe: _____ Pai: _____		
Endereço:	UF:	CEP:
E-mail		
Telefone fixo:		Celular:
Você trabalha? <input type="checkbox"/> Trabalha, com carteira assinada <input type="checkbox"/> Trabalha, mas sem carteira assinada <input type="checkbox"/> Trabalha por conta própria (autônomo) <input type="checkbox"/> Já trabalhei, mais não estou trabalhando <input type="checkbox"/> Faço estágio remunerado <input type="checkbox"/> Faço estágio não remunerado <input type="checkbox"/> Nunca trabalhei		Onde você mora atualmente? <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 _____
Quantas pessoas residem em sua casa? <input type="checkbox"/> Duas <input type="checkbox"/> Três <input type="checkbox"/> Quatro <input type="checkbox"/> Cinco <input type="checkbox"/> Seis ou mais <input type="checkbox"/> Moro sozinho		Quem mora com você? <input type="checkbox"/> Pai e/ou Mãe <input type="checkbox"/> Esposo (a) /Companheiro (a) <input type="checkbox"/> Filho <input type="checkbox"/> Outros parentes <input type="checkbox"/> Irmãos <input type="checkbox"/> Outra situação
Qual sua renda bruta mensal? R\$ _____ (_____)		
Informe a renda bruta mensal e os dados das pessoas que residem com você? Nome _____ Grau de Parentesco _____ Idade _____ Renda mensal R\$ _____ Nome _____ Grau de Parentesco _____ Idade _____ Renda mensal R\$ _____ Nome _____ Grau de Parentesco _____ Idade _____ Renda mensal R\$ _____ Nome _____ Grau de Parentesco _____ Idade _____ Renda mensal R\$ _____ Nome _____ Outros _____ Idade _____ Renda mensal R\$ _____ Nome _____ Outros _____ Idade _____ Renda mensal R\$ _____		
Possui carro? Quantos ?	Modelo do carro _____ Ano _____ Proprietário _____ Modelo do carro _____ Ano _____ Proprietário _____ Modelo do carro _____ Ano _____ Proprietário _____	

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

Brasília-DF, ____ de _____ de 2013.

Assinatura do(a) bolsista



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde
Escola Superior de Ciências da Saúde



ANEXO IV

DECLARAÇÃO DO RECEBIMENTO DE QUALQUER AUXÍLIO FINANCEIRO RECEBIDO DA FEPECS, OUTROS ÓRGÃOS, ENTIDADES OU INSTITUIÇÕES - Processo Seletivo para Renovação da Bolsa Universitária para o ano de 2014

Eu, _____
Estudante _____ do _____ Curso
de: _____ Matrícula: _____ CPF _____

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, ainda, estar ciente do teor da Instrução/FEPECS nº 08, de 27 de março de 2008, publicada no DODF de 28 de março de 2008, da Instrução/FEPECS nº 11, de 17 de junho de 2013, publicada no DODF de 25 de junho de 2013, e dos termos do Edital nº ____ de ____ de _____ de 2013, publicado no DODF de ____ de _____ de 2013.

Brasília-DF, ____ de _____ de 2013.

Assinatura do(a) bolsista



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde
Escola Superior de Ciências da Saúde



ANEXO V

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO AOS REQUISITOS PARA RENOVAÇÃO DA BOLSA UNIVERSITÁRIA - Processo Seletivo para Renovação da Bolsa Universitária para o ano de 2014

Eu, _____,
Estudante _____ do _____ Curso
de: _____ Matrícula: _____ CPF _____,

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

1 – Estar ciente e atender aos requisitos para renovação da Bolsa Universitária da ESCS/FEPECS, nos termos do Edital nº ____, de ____ de _____ de 2013, publicado no DODF de ____ de _____ de 2013, da Lei nº 3.361/204, de 15 de junho de 2004, do Decreto nº 25.394/2004, de 1º de dezembro de 2004, da Instrução/FEPECS nº 08, de 27 de março de 2008, publicada no DODF de 28 de março de 2008 e da Instrução/FEPECS nº 11, de 17 de junho de 2013, publicada no DODF de 25 de junho de 2013.

2 – Não possuir diploma de graduação, nem estar matriculado(a) em qualquer outro curso de ensino superior.

3 – Que todos os comprovantes entregues no ato da inscrição para o processo seletivo de renovação da Bolsa Universitária para o ano de 2014 são cópias autênticas dos originais.

Brasília, _____ de _____ de 2013.

Assinatura do(a) bolsista



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde
Escola Superior de Ciências da Saúde



ANEXO VI

DECLARAÇÃO DE RENDA - Processo Seletivo para Renovação da Bolsa Universitária para o ano de 2014

Eu, _____

Portador do CPF nº _____

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

Não possuo renda;

Recebo renda mensal no valor de R\$: _____
_____(valor numérico e por extenso)
a título de _____

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.

Brasília-DF, ____ de _____ de 2013.

Assinatura do declarante



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde
Escola Superior de Ciências da Saúde



ANEXO VII

DECLARAÇÃO DE CONVIVÊNCIA MARITAL/UNIÃO ESTÁVEL - Processo Seletivo para Renovação da Bolsa Universitária para o ano de 2014

Eu, _____
Portador do CPF nº _____
e _____
Portador do CPF nº _____
ambos residentes e domiciliados no
endereço _____,
situado na cidade _____, 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 2013.

Assinatura do declarante

Assinatura do declarante



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde
Escola Superior de Ciências da Saúde



ANEXO VIII

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA - Processo Seletivo para Renovação da Bolsa Universitária para o ano de 2014

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 2013.

Assinatura do declarante



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde
Escola Superior de Ciências da Saúde



ANEXO IX

RECURSO - Processo Seletivo para Renovação da Bolsa Universitária para o ano de 2014

IDENTIFICAÇÃO DO BOLSISTA

Nome: _____

Estudante do Curso de: _____ Matrícula: _____ CPF _____.

SOLICITAÇÃO

Como bolsista inscrito(a) no Processo Seletivo para Renovação da Bolsa Universitária para o ano de 2014, solicito a revisão do resultado preliminar considerando a justificativa em anexo.

Brasília, _____ de _____ de 2013.

Assinatura do(a) bolsista



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde
Escola Superior de Ciências da Saúde



ANEXO IX

RECURSO - Processo Seletivo para Renovação da Bolsa Universitária para o ano de 2014

Recurso referente ao: () resultado preliminar do Processo Seletivo para Renovação da Bolsa Universitária para o ano de 2014

JUSTIFICATIVA DO BOLSISTA

(se necessário, usar o verso)