



FUNDAÇÃO BENEDITO PEREIRA NUNES
CNPJ 28.964.252/0001-50

FACULDADE DE MEDICINA DE CAMPOS
Av. Dr. Alberto Torres, 217 - Centro
Campos dos Goytacazes - RJ - CEP 28035-580
Telefone/Fax: (22) 2101-2929
Email: fmc@fmc.br
Site: www.fmc.br

(Reconhecimento pelo Decreto Federal nº. 71.814 de 07/02/73)
(Recredenciamento pela Portaria nº 707 de 29/05/2012)

FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO BOLSA DE ESTUDO SOCIAL 1º/2019 – FMC

FOTO do
ESTUDANTE
(Pode ser
digitalizada e
impressa aqui).

1. IDENTIFICAÇÃO:

Nome: _____ Matrícula: _____
Curso: _____ Período 1ºsem/2019: _____
Data de Nascimento: ____/____/____ Naturalidade: _____
Estado Civil: _____ CPF: _____
R.G.: _____ Órgão Emissor: _____
E-mail: _____ Cel. () _____

Portador de alguma deficiência? () Não. () Sim. (Apresentar laudo médico detalhado, informando a espécie da deficiência, qual é o grau e com o código CID).

Seu Grupo familiar é Beneficiário do Cadastro Único? () Não () Sim. (Apresentar Relatório onde conste o grupo familiar no Cadastro Único obtido através do site <http://www.mds.gov.br/assuntos/cadastro-unico> e cópia do comprovante do benefício recebido nos últimos 90 dias).

Quanto à escola de Ensino Médio, você estudou:

No 1º ano () Pública () Particular com bolsa Integral () Particular com bolsa parcial () Particular.

No 2º ano () Pública () Particular com bolsa Integral () Particular com bolsa parcial () Particular.

No 3º ano () Pública () Particular com bolsa Integral () Particular com bolsa parcial () Particular.

Endereço do estudante (em Campos dos Goytacazes, no caso dos pais ou cônjuge/companheiro(a) residir em outra cidade):

Rua/Av.: _____, N°. _____
Bairro: _____ Cidade: _____ Tel. () _____

Filiação: (OBS: Se o estudante for casado preencher com dos dados do Cônjuge/Companheiro(a)).

Mãe: _____ Profissão: _____

CPF: _____ RG: _____

Tel.: _____

Pai: _____ Profissão: _____

CPF: _____ RG: _____

Tel.: _____

Se o estudante for casado:

Cônjuge/Companheiro(a) _____ Profissão: _____

CPF: _____ RG: _____

Tel.: _____

Endereço dos Pais ou Cônjuge/Companheiro(a):

Rua/Av.: _____, N°. _____

Bairro: _____ Cidade: _____ Tel. () _____

2. INFORMAÇÕES PESSOAIS:

2.1. SITUAÇÃO ESCOLAR ANTERIOR DO ESTUDANTE:

Apresentar o original e a cópia do **histórico escolar e diploma** ou certificado de conclusão de curso.

Se foi bolsista integral, apresentar original e a cópia da declaração da escola, especificando o percentual de bolsa de cada ano do estudante no ensino médio.

2.2 - O ESTUDANTE POSSUI GRADUAÇÃO ANTERIOR: () Não () Sim

3. SITUAÇÃO HABITACIONAL DO ESTUDANTE (em Campos dos Goytacazes)

3.1. Em que situação você mora?

- A) Em casa/apartamento com a família. ()
- B) Em casa/apartamento, sozinho. ()
- C) Em casa/apartamento com parentes () Qual o grau de Parentesco? _____
- D) Em República ()
- E) Divide aluguel de casa/apartº com outros estudantes. Quantos Estudantes? _____

3.2- O estudante possui fonte de renda própria? () Não () Sim. Qual? _____

4- DEMONSTRATIVO DAS DESPESAS DO ESTUDANTE (só se a família/Cônjuge/Companheiro(a) é de outra Cidade e não de Campos):

OBS: ESTE ÍTEM É REFERENTE ÀS DESPESAS INDIVIDUAIS DO ESTUDANTE PARA SE MANTER NOS ESTUDOS, INDEPENDENTEMENTE DO SEU ESTADO CIVIL, quando ele NÃO MORA junto com a família, que reside em outra cidade, e o estudante está em Campos com a finalidade de estudar.

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
a) Habitação (*)	
b) Combustível	
c) Água, Luz, gás, etc (*)	
d) Telefone (*)	
e) Empregada Doméstica e/ou Faxineira	
f) Outros - especificar	
(*) Anexar comprovantes do último mês.	TOTAL.

5 - INFORMAÇÕES SOBRE A FAMÍLIA

5.1 - COMPOSIÇÃO FAMILIAR

Ao responder estas questões, o ESTUDANTE DEVERÁ SER INCLUÍDO na renda e nas despesas da família independentemente do seu Estado Civil.

Relacionar o seu nome e de todos os componentes de sua família, **INDEPENDENTEMENTE** de contribuírem ou não para a renda familiar.

- **SE VOCÊ FOR SOLTEIRO** - preencha o quadro com o seu Salário Bruto (se houver), de seus pais e de outras pessoas que contribuam para a renda familiar.
-
- **SE VOCÊ FOR CASADO/UNIÃO ESTÁVEL** - preencha o quadro com o seu Salário Bruto, de seu cônjuge, de seus filhos e de outras pessoas (dependentes, conforme Imposto de Renda) que contribuam para a renda familiar.

NOME (somente o 1º nome)	GRAU DE PARENTESCO	IDADE	ESTADO CIVIL	ESCOLARIDADE	Profissão	Salário BRUTO
1-Estudante:						
2-						
3-						
4-						
5-						
6-						
7-						
8-						
9-						

a) Nº de pessoas que dependem desta Renda: _____

b) Nº de pessoas que contribuem para a Renda: _____

c) Alguém do seu grupo familiar é proprietário ou sócio de empresa? () Não () Sim

- Se sim, Qual o nº. do CNPJ? _____

- Nome da Empresa: _____

OBS: _____

6. INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES SOBRE A FAMÍLIA

6.1- OUTROS ESTUDANTES NA FAMÍLIA:

6.1.1. Dos que residem em sua casa, há outros estudantes? Sim () Não ()

6.1.2. Quantos, além de você? _____.

Em caso positivo, especificar onde estudam, qual o grau e a série com os respectivos valores das mensalidades. (anexar comprovantes)

Nome: _____ Escola: _____

Série: _____ Curso: _____ Mensalidade: R\$ _____

Possui Bolsa de Estudos ou Auxílio: _____ Percentual: _____

Nome: _____ Escola: _____

Série: _____ Curso: _____ Mensalidade: R\$ _____

Possui Bolsa de Estudos ou Auxílio: _____ Percentual: _____

Nome: _____ Escola: _____

Nome: _____ Escola: _____

Série: _____ Curso: _____ Mensalidade: R\$ _____

Possui Bolsa de Estudos ou Auxílio: _____ Percentual: _____

OBS: _____

6.2- NO CASO DE DIVÓRCIO/SEPARAÇÃO DOS PAIS, FALECIMENTO DE UM OU DE AMBOS:

6.2.1. Com quem reside: () Mãe () Pai () Outros. Quem? _____

6.2.2. Seu pai ou mãe Recebe pensão? () Sim () Não Valor Mensal: _____ (anexar comprovante)

6.2.3. Você e ou os outros filhos recebem pensão? () Sim () Não

Em caso positivo, especificar quem são eles e seus respectivos valores mensais (anexar comprovantes)

Nome: _____ Valor mensal R\$ _____

Nome: _____ Valor mensal R\$ _____

Nome: _____ Valor mensal R\$ _____

OBS: _____

OBS: Se os pais forem separados/divorciados apresentar cópia da Certidão de Casamento com Averbação do mesmo. Em caso de morte, apresentar Certidão de Óbito.

OBS: Ler o EDITAL antes de preencher o formulário e verificar a listagem dos DOCUMENTOS a serem anexados.
RUBRICAR todas as páginas deste Formulário e dos documentos anexados.

7. SITUAÇÃO HABITACIONAL DA FAMÍLIA (Cidade de origem do estudante)

7.1- Sua família reside em:

Casa própria ()

Casa alugada (). Valor mensal do aluguel: R\$ _____

Casa financiada (). Valor mensal da prestação: R\$ _____

Casa cedida/emprestada (). Por quem? _____

7.2- A família possui carro? (Anexar cópia do CRLV de cada veículo)

Não ()

Sim (). _____ Marca/Modelo: _____ Ano: _____

Sim, mais de um () Marca/Modelo: _____ Ano: _____

Marca/Modelo: _____ Ano: _____

7.3. Você mantém um carro ou moto na cidade de Campos dos Goytacazes para seu uso?

Não () Sim. () Marca/Modelo: _____ Ano: _____ (Anexar cópia do CRLV do veículo)

7.4. A família do estudante possui Terreno?

Não ()

Sim (). Área (m²): _____ Localização: _____

Sim, mais de um (). Área total (m²): _____ Localização: _____

7.5 A família do estudante possui Chácara?

Não ()

Sim (). Área (m²): _____ Localização: _____

Sim, mais de um (). Área total (m²): _____ Localização: _____

7.6 - A família do estudante possui Sítio e/ou Fazenda?

Não ()

Sim (). Área (m²): _____ Localização: _____

Sim, mais de um (). Área total (m²): _____ Localização: _____

7.7- A família do estudante possui Imóvel para aluguel (Especificar: terreno, sítio, chácara, fazenda, casa, apartamento, salão, garagem, galpão ou outros)

Não ()

Sim () Aluguel mensal R\$ _____

7.8. Outros imóveis (Especificar o tipo do imóvel)

Não ()

Sim (). Área (m²): _____ Localização: _____

OBS: _____

8. SAÚDE

1. Possui plano de saúde? A. Sim () B. Não() Qual? _____
2. Existe despesa permanente com saúde? A () Sim B. () Não
3. Essa despesa é coberta pelo plano de saúde? _____
4. Quem está doente? _____
5. Qual o problema de saúde? _____
6. Há quanto tempo está em tratamento? _____
7. Qual a despesa mensal média com o tratamento? _____

OBS.: ANEXAR COMPROVANTES DE DESPESAS (NOTAS FISCAIS COM OS PREÇOS ATUAIS DOS MEDICAMENTOS/TRATAMENTOS) E ATESTADO MÉDICO.

9 - SITUAÇÃO ECONÔMICA DA FAMÍLIA

9.1. RENDA FAMILIAR

DEMONSTRATIVO DE RECEITAS E DESPESAS DA FAMÍLIA, incluindo o estudante.

1. RENDA:

A) Renda Bruta Mensal (composição Familiar). R\$ _____
B) Bens que fornecem Renda..... R\$ _____

TOTAL: R\$ _____

9.2. DESPESAS DA FAMÍLIA

ESPECIFICAR EM CADA ÍTEM O TIPO DE DESPESA REALIZADA

TIPO DE DESPESA	DISCRIMINAR AS REAIS DESPESAS DA FAMÍLIA	VALOR MENSAL (observar o mês de referência fixado)
a) Habitação (aluguel ou financiamento*)		
b) Alimentação (média mensal)		
d) Combustível		
e) Instrução/Escola (irmãos e outros) *		
f) DESPESA DA FAMÍLIA COM A MANUTENÇÃO DO FILHO, ESTUDANTE DA 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.		TOTAL:

OBS: Ler o EDITAL antes de preencher o formulário e verificar a listagem dos DOCUMENTOS a serem anexados.
RUBRICAR todas as páginas deste Formulário e dos documentos anexados.

