**ANEXO I – EDITAL DE SELEÇÃO Nº 08/2021**

|  |
| --- |
| **FICHA DE INSCRIÇÃO – PROMISAES 2021** |
| **Situação de Cadastramento PROAE: ( )Cadastrado/a ( )Não está cadastrado/a** **Semestre de Solicitação de Cadastro:****Tem benefícios PROAE?: ( )Sim ( )Não Quais:** |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICAÇÃO** |
| **Nome civil completo:** | **Idade** |
| **Nome social:** | **Sexo** |
| **RNM:** | **CPF:** | **Estado Civil** |
| **Passaporte:** | **Visto regular? ( )Sim ( )Não** | **Raça/Cor:** |
| **País de origem:** | **Filhos?: ( )Sim ( )Não** |
| **Endereço atual:** | **Outros dependentes? ( )Sim ( ) Não** |
| **Bairro:** | **Celular: +55 71** | **E-mail:** |

|  |
| --- |
| **FILIAÇÃO** |
| **Nome da mãe**:  | **Nome do pai**:  |
| ( ) Viva ( ) Falecida | ( ) Vivo ( ) Falecido |
| Residiu com a mãe?: | Residiu com o pai?: |
| Contato: ( )não tenho ( ) regular ( ) frequente | Contato: ( )não tenho ( ) regular ( ) frequente |
| Idade:  | Idade:  |
| Estado Civil:  | Estado Civil:  |
| Escolaridade: | Escolaridade: |
| Ocupação/Origem da renda:  | Ocupação/Origem da renda:  |
| Renda (em reais): | Renda (em reais): |
| Cidade/estado: | Cidade/estado: |
| Telefone(s) para contato: | Telefone(s) para contato: |
| E-mail: | E-mail: |
| É sua responsável financeira?: ( ) S ( ) N | É seu responsável financeiro?: ( ) S ( ) N |

|  |
| --- |
| **INFORMAÇÕES ACADÊMICAS** |
| **Matrícula:** | **Curso:** |
| **Semestre de ingresso:** | **É pessoa com necessidades educativas especiais? ( )Sim ( )Não** |
| **Semestre de provável conclusão:** | **Em quantas disciplinas está matriculado/a?:** |
| **Quantidade de disciplinas para conclusão:** | **Trancou disciplinas durante o Semestre Letivo Suplementar 2020 (SLS)?:****( )Sim ( )Não** |
| **Concluiu TCC?: ( )Sim ( )Não** |

|  |
| --- |
| **RENDIMENTOS** |
| **Nome completo do responsável financeiro (RF):** |
| **Grau de parentesco do RF:** | **Valor a ser prestado: R$** |
| **Último envio de valores pelo RF (mm/aaaa): /** | **Valor efetivamente prestado: R$** |
| **FONTES DE RENDIMENTOS** |
| **Fonte:** | **Valor: R$** |
| **Fonte:** | **Valor: R$** |
| **Fonte:** | **Valor: R$** |
| **Fonte:** | **Valor: R$** |
| **Rendimento médio mensal total: R$** |

|  |
| --- |
| **SAÚDE** |
| Possui diagnóstico de doença(s)?**:** ( )S ( )N  | Qual(is)?**:** |
| Teve ou tem problemas com uso de substâncias psicoativas?**:**  ( )S ( )N  | Qual(is)?**:** |
| Teve ou tem algum transtorno psíquico? ( )S ( )N  | Qual(is)?**:** |
| Teve ou tem acompanhamento psicológico/psiquiátrico? ( )S ( )N  | Há quanto tempo?: |
| Faz tratamento com medicação de uso contínuo?( )S ( )N  | Nome(s) da(s) medicação(ões):  |

|  |
| --- |
| **LISTE NOMES E CARGA HORÁRIA DAS ATIVIDADES EXTRACURRICULARES DESEMPENHADAS NOS ÚLTIMOS 4 SEMESTRES:** |
|  |

|  |
| --- |
| **COMO FOI/TEM SIDO SEU PROCESSO DE ADAPTAÇÃO SOCIAL NO BRASIL?** |
|  |

|  |
| --- |
| **COMO FOI/TEM SIDO SEU PROCESSO DE ADAPTAÇÃO ACADÊMICA NO BRASIL?** |
|  |

|  |
| --- |
| **DESCREVA AS SUAS CONDIÇÕES DE VIDA E ESTUDO NO SEMESTRE LETIVO SUPLEMENTAR 2020 (SLS)** |
|  |

|  |
| --- |
| **EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS PARA SOLICITAÇÃO DE BOLSA PROMISAES** |
|  |

|  |
| --- |
| **COMPOSIÇÃO FAMILIAR - BRASIL** |
| **NOME** | **PARENTESCO** | **IDADE** | **ESTUDA?** | **TRABALHA?** | **RENDA MENSAL** |
|  |  |  |  |  | **R$** |
|  |  |  |  |  | **R$** |
|  |  |  |  |  | **R$** |
|  |  |  |  |  | **R$** |
| **RENDIMENTO MÉDIO MENSAL FAMILIAR** | **R$** |

|  |
| --- |
| **COMPOSIÇÃO FAMILIAR DE ORIGEM** |
| **NOME** | **PARENTESCO** | **IDADE** | **ESTUDA?** | **TRABALHA?** | **RENDA MENSAL** |
|  |  |  |  |  | **R$** |
|  |  |  |  |  | **R$** |
|  |  |  |  |  | **R$** |
|  |  |  |  |  | **R$** |
|  |  |  |  |  | **R$** |
|  |  |  |  |  | **R$** |
|  |  |  |  |  | **R$** |
| **RENDIMENTO MÉDIO MENSAL FAMILIAR** | **R$** |

|  |
| --- |
| **DESPESAS MENSAIS** |
| **CATEGORIAS** | **CANDIDATA/O** | **FAMÍLIA** |
| ÁGUA |  |  |
| ALIMENTAÇÃO |  |  |
| ENERGIA ELÉTRICA |  |  |
| INTERNET |  |  |
| TELEFONE FIXO |  |  |
| TELEFONE MÓVEL |  |  |
| ALUGUEL |  |  |
| IPTU |  |  |
| CONDOMÍNIO |  |  |
| MÉDICOS/DENTISTAS/PLANOS DE SAÚDE |  |  |
| REMÉDIOS DE USO CONTÍNUO |  |  |
| MATERIAIS ACADÊMICOS |  |  |
| OUTRAS DESPESAS: |  |  |
| OUTRAS DESPESAS: |  |  |
| OUTRAS DESPESAS: |  |  |
| TOTAL | R$ | R$ |

|  |
| --- |
| **DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE** |
| Declaro serem verdadeiras as informações prestadas. Afirmo estar ciente de que os dados e declarações aqui prestados podem ser alvo de verificação a qualquer tempo; que qualquer omissão de informação ou apresentação de declaração, dados ou documentos falsos e/ou divergentes a fim de prejudicar ou alterar a verdade sobre os fatos por mim alegados, constitui crime de falsidade ideológica previsto no artigo 299 do Código Penal Brasileiro (Decreto-Lei 2848/40). Desde já autorizo a verificação e/ou confirmação dos dados apresentados.Data:\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Assinatura |