



FACULDADE DE CIÊNCIAS, EDUCAÇÃO,  
SAÚDE, PESQUISA E GESTÃO

SOCIEDADE DE EDUCAÇÃO, CULTURA E  
TECNOLOGIA SÃO FIDÉLIS LTDA - EPP  
CNPJ: 10.158.686/0001-05

Portaria de Recredenciamento nº 768 de 22 de junho de 2017 – DOU de 23 de junho de 2017  
Retificada na DOU de 12 de setembro de 2017.

## **FICHA DE INSCRIÇÃO PARA BOLSAS DE ESTUDO**

**(LEI Nº 1.425, DE 29 DE DEZEMBRO DE 2014)**

**VÁLIDA PARA O SEGUNDO SEMESTRE DE 2018**

### **ATENÇÃO:**

- Todas as informações contidas nesta ficha serão investigadas e confirmadas posteriormente.
- É obrigatório o preenchimento da ficha em letra de forma ou datilografado.
- Preencher todos os campos. Juntar os documentos necessários.
- Na falta de qualquer documento descrito no Edital, ou o preenchimento incorreto da ficha, o pedido será INDEFERIDO, sem direito a recurso.

### **1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO**

Nome:		
CPF:	Nº matrícula:	
Curso: ( ) Enfermagem ( ) Nutrição ( ) Educação Física		
Data de Nascimento:	Local e Estado:	
Endereço:	,Nº Bairro :	
Email:		
Cidade:	UF:	Fone:
Profissão:	Encontra-se empregado? ( ) Sim ( ) Não	
Empresa:	Fone:	
Endereço:	Cidade:	
Cargo:	Salário: R\$	
Tempo no último emprego:		
Possui outras fontes de renda? ( ) Sim ( ) Não Quanto? R\$ _____		

Endereço: Rua Emygdio Maia Santos, 1.035 - Vila dos Coroados - São Fidélis/RJ

Tel.: (22) 2758-5654 – Cel.: 9.9743-1340

[www.faculdadesaofidelis.edu.br](http://www.faculdadesaofidelis.edu.br)

faculdade@censupeg.com.br



**FACULDADE DE CIÊNCIAS, EDUCAÇÃO,  
SAÚDE, PESQUISA E GESTÃO**

**SOCIEDADE DE EDUCAÇÃO, CULTURA E  
TECNOLOGIA SÃO FIDÉLIS LTDA - EPP  
CNPJ: 10.158.686/0001-05**

Portaria de Recredenciamento nº 768 de 22 de junho de 2017 – DOU de 23 de junho de 2017  
Retificada na DOU de 12 de setembro de 2017.

Que tipo: _____	
_____	
Estado Civil:	Nº de filhos:
Possui curso superior? ( ) Sim ( ) Não	
Existe no grupo familiar pessoa que estuda, em Instituição de Ensino Superior paga? ( ) Sim ( ) Não Quem Valor pago: R\$	
Recebe algum benefício para custear sua mensalidade? ( ) Sim ( ) Não Fonte:	
<b>Dados do cônjuge</b>	
Nome:	Profissão:
Local de Trabalho:	

**2. COMPOSIÇÃO FAMILIAR (Inclua seu nome e de todas as pessoas que fazem parte do grupo familiar)**

Nome	Parentesco	Idade	Profissão/Ocupação	Remuneração Mensal

Total da Renda do Grupo Familiar	R\$
----------------------------------	-----



**FACULDADE DE CIÊNCIAS, EDUCAÇÃO,  
SAÚDE, PESQUISA E GESTÃO**

**SOCIEDADE DE EDUCAÇÃO, CULTURA E  
TECNOLOGIA SÃO FIDÉLIS LTDA - EPP  
CNPJ: 10.158.686/0001-05**

Portaria de Recredenciamento nº 768 de 22 de junho de 2017 – DOU de 23 de junho de 2017  
Retificada na DOU de 12 de setembro de 2017.

### 3. HABITAÇÃO

Você reside: <input type="checkbox"/> Sozinho <input type="checkbox"/> Parentes <input type="checkbox"/> Casa dos Pais
<input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> Pensão <input type="checkbox"/> República
<input type="checkbox"/> Outros. Especificar: _____ Valor pensão ou aluguel: R\$ _____
O grupo familiar tem casa própria?
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

### 4. OUTROS BENS DO GRUPO FAMILIAR

Terreno(s) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Imóvel Rural <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Carro <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

### 5. TRANSPORTE UTILIZADO PARA ATIVIDADE ESCOLAR

<input type="checkbox"/> Carro próprio <input type="checkbox"/> Ônibus <input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Carro família <input type="checkbox"/> Motocicleta Especificar: _____
Valor que paga pelo transporte mensal: R\$ _____

### 6. SAÚDE

Possui no grupo familiar pessoa portadora de doença crônica ou necessidade especial?:
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Quem _____

Despesa Mensal: R\$ \_\_\_\_\_



**FACULDADE DE CIÊNCIAS, EDUCAÇÃO,  
SAÚDE, PESQUISA E GESTÃO**

**SOCIEDADE DE EDUCAÇÃO, CULTURA E  
TECNOLOGIA SÃO FIDÉLIS LTDA - EPP  
CNPJ: 10.158.686/0001-05**

Portaria de Recredenciamento nº 768 de 22 de junho de 2017 – DOU de 23 de junho de 2017  
Retificada na DOU de 12 de setembro de 2017.

**7. CITE O NOME DE TRÊS PESSOAS QUE VOCÊ CONHECE (NÃO CITE PARENTES) E DÊ O Nº DO TELEFONE DAS MESMAS.**

Nome	Nº Telefone	Município/UF

**8. REGISTRE PARA CADA ITEM OS VALORES MÉDIOS QUE O GRUPO FAMILIAR GASTA MENSALMENTE**

Descrição	Valor	Descrição	Valor
a) Alimentação		e) Pensão ou aluguel	
b) Transportes		f) Gastos com escola do grupo	
c) Vestuário		g) Faculdade do requerente	
d) Água/Luz/Telefone		h) Saúde	
		TOTAL	

**9. OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES**

a) Descreva aspectos que julgar importantes quanto a sua situação socioeconômica e demais informações:

---

---

---

---

---

---



**FACULDADE DE CIÊNCIAS, EDUCAÇÃO,  
SAÚDE, PESQUISA E GESTÃO**

**SOCIEDADE DE EDUCAÇÃO, CULTURA E  
TECNOLOGIA SÃO FIDÉLIS LTDA - EPP  
CNPJ: 10.158.686/0001-05**

Portaria de Recredenciamento nº 768 de 22 de junho de 2017 – DOU de 23 de junho de 2017  
Retificada na DOU de 12 de setembro de 2017.

## **10. DOCUMENTOS A SEREM ANEXADOS:**

I – Ficha de inscrição preenchida

II – Relativas à composição do grupo familiar

- Cópia da Carteira de Identidade ou Certidão de Nascimento de todos os membros do grupo familiar, incluindo o candidato, declarados no Formulário de Inscrição.
- Cópia da Certidão de Casamento ou Declaração firmada com duas testemunhas, registrada em cartório, quando se referir a União Estável.
- Cópia completa da última Declaração do Imposto de Renda de todo o grupo familiar.
- Cópia do histórico escolar do ensino médio do candidato.

III – Relativas à Renda Bruta do grupo familiar:

### **Empregados:**

- Cópia do recibo de salário completo (recente), holerite ou contracheque e a carteira de trabalho (CTPS).

### **Autônomos:**

- Decore - Declaração Comprobatória de Percepção de Rendimentos (expedido por profissional de contabilidade habilitado), ou declaração firmada por duas testemunhas, registrada em cartório, com data atual, informando a renda mensal e atividade exercida.

### **Estagiários:**

- Cópia do termo de compromisso de estágio, em que conste o valor de remuneração.

### **Micro e Pequenos Empresários:**

- Cópia do contrato social e balanço financeiro da empresa;
- Cópia da última Declaração do Imposto de Renda da Pessoa Jurídica;
- Decore (expedido por profissional de contabilidade habilitado).

Endereço: Rua Emygdio Maia Santos, 1.035 - Vila dos Coroados - São Fidélis/RJ  
Tel.: (22) 2758-5654 – Cel.: 9.9743-1340

[www.faculdadesaofidelis.edu.br](http://www.faculdadesaofidelis.edu.br)  
faculdade@censupeg.com.br



**FACULDADE DE CIÊNCIAS, EDUCAÇÃO,  
SAÚDE, PESQUISA E GESTÃO**

**SOCIEDADE DE EDUCAÇÃO, CULTURA E  
TECNOLOGIA SÃO FIDÉLIS LTDA - EPP  
CNPJ: 10.158.686/0001-05**

Portaria de Recredenciamento nº 768 de 22 de junho de 2017 – DOU de 23 de junho de 2017

Retificada na DOU de 12 de setembro de 2017.

### **Pensionistas e Aposentados:**

- Cópia do comprovante de recebimento da pensão ou aposentadoria ou extrato de pagamentos e benefícios que poderá ser extraído do site do INSS <http://www.previdenciasocial.gov.br>

### **Desempregados ou do lar:**

- Cópia da baixa na Carteira Profissional.
- Cópia do comprovante do seguro desemprego (caso de desempregado).

### **IV – Relativa às despesas do grupo familiar**

- Cópia atual de comprovantes de água, luz e telefone, condomínio e financiamento habitacional
- Cópia de comprovantes de residência que comprove residir a mais de três anos no município.
- Se o imóvel for cedido, apresentar cópia da declaração do respectivo proprietário;
- No caso de o candidato dividir o pagamento de aluguel, apresentar comprovante de divisão de aluguel, com nome, RG, CPF e assinatura dos demais moradores.
- Cópia do contrato de aluguel ou declaração do proprietário do imóvel comprovando a referida locação;
- Cópia do comprovante do pagamento das mensalidades de curso (ensino fundamental, médio ou superior), referente a outros dependentes da renda do grupo familiar;
- Casos de doenças crônicas: a comprovação por meio de cópia do laudo médico com validade máxima de 6 meses e ainda, cópia das notas fiscais referentes às despesas mensais com medicação.
- Quaisquer outros documentos que a Equipe Técnica julgar necessário para avaliação.

Endereço: Rua Emygdio Maia Santos, 1.035 - Vila dos Coroados - São Fidélis/RJ

Tel.: (22) 2758-5654 – Cel.: 9.9743-1340

[www.faculdadesaofidelis.edu.br](http://www.faculdadesaofidelis.edu.br)

[faculdade@censupeg.com.br](mailto:faculdade@censupeg.com.br)



**FACULDADE DE CIÊNCIAS, EDUCAÇÃO,  
SAÚDE, PESQUISA E GESTÃO**

**SOCIEDADE DE EDUCAÇÃO, CULTURA E  
TECNOLOGIA SÃO FIDÉLIS LTDA - EPP  
CNPJ: 10.158.686/0001-05**

Portaria de Recredenciamento nº 768 de 22 de junho de 2017 – DOU de 23 de junho de 2017  
Retificada na DOU de 12 de setembro de 2017.

Declaro sob as penas da Lei (Art.299 do Código Penal), que os dados constantes nesta ficha são verídicos, ao mesmo tempo em que autorizo a Equipe Técnica de Seleção e Avaliação de Bolsas de Estudo, para constatar a veracidade das informações supra apresentadas. Declaro ainda, estar ciente que a obtenção, renovação ou manutenção do benefício ficará vinculada à minha adesão e participação em programas e projetos sociais, propostos pela Universidade, comprovando vinte horas semestrais.

---

Assinatura do candidato