



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
FUNDAÇÃO DE ENSINO E PESQUISA EM CIÊNCIAS DA SAÚDE - FEPECS
ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – ESCS



FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO - Processo Seletivo para Admissão de Estudantes no Programa Bolsa Universitária para o ano letivo de 2014

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

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 indeferimento da admissão no Programa Bolsa Universitária ou, ainda, exclusão do Programa com a imediata devolução dos valores recebidos indevidamente e sujeito às sanções cabíveis.

Brasília-DF, ____ de _____ de ____.

Assinatura do(a) estudante ou Representante Legal



FORMULÁRIO SOCIOECONÔMICO - Processo Seletivo para Admissão de Estudantes no Programa Bolsa Universitária para o ano letivo de 2014

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? <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"/> 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
Informações Socioeconômicas:		
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 _____	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\$ _____ (_____)		

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

Brasília-DF, ____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) estudante ou Representante Legal



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
FUNDAÇÃO DE ENSINO E PESQUISA EM CIÊNCIAS DA SAÚDE - FEPECS
ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – ESCS



**DECLARAÇÃO DO RECEBIMENTO DE QUALQUER AUXÍLIO FINANCEIRO
RECEBIDO DA FEPECS, DE OUTROS ÓRGÃOS, ENTIDADES OU INSTITUIÇÕES -
Processo Seletivo para Admissão de Estudantes no Programa Bolsa Universitária para o ano
letivo de 2014**

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, 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 Normativo do presente Processo Seletivo

Brasília-DF, ____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) estudante ou Representante Legal



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
FUNDAÇÃO DE ENSINO E PESQUISA EM CIÊNCIAS DA SAÚDE - FEPECS
ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – ESCS



**DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO AOS REQUISITOS PARA ADMISSÃO NO
PROGRAMA BOLSA UNIVERSITÁRIA - Processo Seletivo para Admissão de Estudantes
no Programa Bolsa Universitária para o ano letivo de 2014**

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 Universitária da ESCS/FEPECS, nos termos do Edital Normativo do Processo Seletivo, da Lei nº 3.361/2004, 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 _____.

Assinatura do(a) estudante ou Representante Legal



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
FUNDAÇÃO DE ENSINO E PESQUISA EM CIÊNCIAS DA SAÚDE - FEPECS
ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – ESCS



DECLARAÇÃO DE RENDA - Processo Seletivo para Admissão de Estudantes no Programa Bolsa Universitária para o ano letivo 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 _____.

Assinatura do declarante



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
FUNDAÇÃO DE ENSINO E PESQUISA EM CIÊNCIAS DA SAÚDE - FEPECS
ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – ESCS



DECLARAÇÃO DE CONVIVÊNCIA MARITAL/UNIÃO ESTÁVEL - Processo Seletivo para Admissão de Estudantes no Programa Bolsa Universitária para o ano letivo 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 _____.

Assinatura do declarante

Assinatura do declarante



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
FUNDAÇÃO DE ENSINO E PESQUISA EM CIÊNCIAS DA SAÚDE - FEPECS
ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – ESCS



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA - Processo Seletivo para Admissão de Estudantes no Programa Bolsa Universitária para o ano letivo 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 _____.

Assinatura do declarante



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
FUNDAÇÃO DE ENSINO E PESQUISA EM CIÊNCIAS DA SAÚDE - FEPECS
ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – ESCS



RECURSO - Processo Seletivo para Admissão de Estudantes no Programa Bolsa Universitária para o ano letivo de 2014

IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDANTE

Nome: _____

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

SOLICITAÇÃO

Como estudante inscrito(a) no Processo Seletivo para Admissão de Estudantes no Programa Bolsa Universitária para o ano letivo de 2014, solicito a revisão do resultado preliminar considerando a justificativa em anexo.

Brasília, _____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) estudante ou Representante Legal



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
FUNDAÇÃO DE ENSINO E PESQUISA EM CIÊNCIAS DA SAÚDE - FEPECS
ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – ESCS



RECURSO - Processo Seletivo para Admissão de Estudantes no Programa Bolsa Universitária para o ano letivo de 2014

Recurso referente ao: () resultado preliminar do Processo Seletivo para Admissão de Estudantes no Programa Bolsa Universitária para o ano letivo de 2014

JUSTIFICATIVA DO ESTUDANTE

(se necessário, usar o verso)



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
FUNDAÇÃO DE ENSINO E PESQUISA EM CIÊNCIAS DA SAÚDE - FEPECS
ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – ESCS



TERMO DE COMPROMISSO - Processo Seletivo para Admissão de Estudantes no Programa Bolsa Universitária para o ano letivo de 2014

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:	
Vigência da Bolsa:			

Por este **TERMO DE COMPROMISSO**, o(a) estudante beneficiário da Bolsa Universitária, 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 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 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 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.

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 _____.

Assinatura do(a) Diretor Geral/ESCS

Assinatura do(a) estudante