

Nome Completo do Candidato:	Matrícula:

ATENÇÃO!

- Leia com atenção todo o **Formulário Socioeconômico Unificado da Bolsa ProUni**. Favor preenchê-lo conforme cada situação específica.
- O preenchimento deste Formulário Socioeconômico Unificado da Bolsa ProUni com informações do grupo familiar, não implica qualquer compromisso de concessão da Bolsa ProUni por parte das Instituições de Ensino da União Brasileira de Educação Católica - UBEC.
- Todos os documentos solicitados de cada membro do grupo familiar deverão ser apresentados. Entende-se como grupo familiar a unidade nuclear composta por uma ou mais pessoas, eventualmente ampliada por outras pessoas que contribuam para o rendimento ou tenham suas despesas atendidas por aquela unidade familiar, todas moradoras em um mesmo domicílio.
- Caso o grupo familiar informado se limite unicamente ao candidato, esse deverá comprovar rendimento financeiro próprio condizente com o seu padrão de vida e de consumo, capaz de custear as suas despesas.
- Este **Formulário Socioeconômico Unificado da Bolsa ProUni de Estudo**, somente será analisado mediante o preenchimento de **TODOS** os campos obrigatórios, bem como diante da apresentação de **TODOS** os documentos comprobatórios da situação socioeconômica do candidato, exigidos no Edital Normativo do respectivo período letivo e declarados no presente instrumento.
- É imprescindível que o candidato/responsável legal/financeiro **ASSINE** o presente formulário, e o entregue no setor responsável pela Bolsa ProUni de Estudo, localizado na Unidade de Missão, no prazo previsto em cronograma próprio, juntamente com toda a documentação prevista no Edital Normativo que regulamenta o processo seletivo.

Leia com atenção todo o formulário antes de preenchê-lo conforme cada situação!

1. IDENTIFICAÇÃO DO(S) CANDIDATO(S)			
NOME COMPLETO			
NOME SOCIAL COMPLETO			
MARCAR A ETAPA DO PROCESSO SELETIVO QUE ESTÁ CONCORRENDO <input type="checkbox"/> 1ª CHAMADA <input type="checkbox"/> 2ª CHAMADA <input type="checkbox"/> LISTA DE ESPERA <input type="checkbox"/> REMANESCENTE		Nº DE MATRÍCULA (caso seja estudante ativo nesta IES)	
SEXO <input type="checkbox"/> FEM <input type="checkbox"/> MAS	DATA DE NASCIMENTO	IDADE	ESTADO CIVIL
NATURALIDADE/UF		NACIONALIDADE	
CANDIDATO (A) INSCRITO (A) EM POLÍTICA DE COTAS? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO QUAL _____	DECLARA QUAL SUA COR OU RAÇA? <input type="checkbox"/> AMARELA <input type="checkbox"/> BRANCA <input type="checkbox"/> INDÍGENA <input type="checkbox"/> PARDA <input type="checkbox"/> PRETA	PESSOA COM DEFICIÊNCIA, EM CASO AFIRMATIVO, ESPECIFICAR <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM, QUAL?	
EMAIL			
REALIZOU ENSINO MÉDIO: <input type="checkbox"/> ESCOLA PÚBLICA <input type="checkbox"/> ESCOLA PRIVADA <input type="checkbox"/> PARCIAL ESCOLA PÚBLICA E PRIVADA		ANO DE CONCLUSÃO:	
POSSUI GRADUAÇÃO <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM, QUAL CURSO? FAVOR INDICAR:			
CURSO PRÉ-SELECIONADO PELO PROUNI	HABILITAÇÃO (Se for o caso)	TURNO	CAMPUS
POSSUI VÍNCULO ACADÊMICO COM INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, qual? _____ Curso _____ Semestres cursados _____			
EM QUAL CONDIÇÃO? <input type="checkbox"/> Aluno pagante, valor R\$: _____ Qual a última parcela paga? _____ referente ao ano 202 _____ <input type="checkbox"/> Aluno bolsista, qual? _____ percentual? _____ <input type="checkbox"/> Financiamento, qual? _____ percentual? _____ <input type="checkbox"/> Outras Bolsas/descontos _____ Percentual? _____			
2. DADOS DA MÃE DO CANDIDATO (Somente preencher se o candidato for menor de 18 anos)			
NOME		CPF	
ENDEREÇO			
3. DADOS DO RESPONSÁVEL LEGAL/FINANCEIRO (Somente preencher se o candidato for menor de 18 anos)			
NOME		CPF	
ENDEREÇO			
E-MAIL			
3. DADOS RESIDENCIAIS E OUTROS DADOS			
ENDEREÇO			
BAIRRO		CEP	

CIDADE		ESTADO
PONTO DE REFERÊNCIA		
TELEFONE FIXO	TELEFONE CELULAR	OUTRO TELEFONE

SITUAÇÃO DO IMÓVEL:

() PRÓPRIO () FINANCIADO, INFORMAR VALOR: _____

() CEDIDO: () CONDOMÍNIO, INFORMAR O VALOR/MÊS: _____

() ALUGADO, INFORMAR O VALOR/MÊS: _____

VEÍCULOS¹:

() NÃO () SIM, QUANTOS: _____

() PRÓPRIO () OUTRA SITUAÇÃO, FAVOR ESPECIFICAR: _____

¹Automóvel, motocicleta, caminhonete, caminhão, ônibus, entre outros.

Marca/Modelo:	Ano/Fabricação:	Situação do Veículo:	Utilização:
		() Quitado, () Financiado, qual é o valor mensal da parcela R\$:	() Comercial, () Passeio
		() Quitado, () Financiado, qual é o valor mensal da parcela R\$:	() Comercial, () Passeio

4. INFORMAÇÕES SOBRE A COMPOSIÇÃO DO GRUPO FAMILIAR E RENDIMENTOS

OBSERVAÇÃO: Neste quadro deve constar o nome de todas as pessoas que moram com o candidato, inclusive crianças recém-nascidas.

Componente (pessoa) Nº 01

NOME DO INTEGRANTE DO GRUPO FAMILIAR			CPF
DATA DE NASCIMENTO	IDADE	ESTADO CIVIL	TIPO DE VÍNCULO COM O(A) CANDIDATO (A)
ESCOLARIDADE/FORMAÇÃO ACADÊMICA		PROFISSÃO OU ATIVIDADE REMUNERADA	
EMPRESA	TELEFONE TRABALHO	TELEFONE FIXO E/OU CELULAR	
ÚLTIMO SALÁRIO BRUTO MENSAL			
R\$			

Componente (pessoa) Nº 02

NOME DO INTEGRANTE DO GRUPO FAMILIAR			CPF
DATA DE NASCIMENTO	IDADE	ESTADO CIVIL	TIPO DE VÍNCULO COM O(A) CANDIDATO (A)
ESCOLARIDADE/FORMAÇÃO ACADÊMICA		PROFISSÃO OU ATIVIDADE REMUNERADA	
EMPRESA	TELEFONE TRABALHO	TELEFONE FIXO E/OU CELULAR	
ÚLTIMO SALÁRIO BRUTO MENSAL			
R\$			

Componente (pessoa) Nº 03

NOME DO INTEGRANTE DO GRUPO FAMILIAR			CPF
DATA DE NASCIMENTO	IDADE	ESTADO CIVIL	TIPO DE VÍNCULO COM O(A) CANDIDATO (A)

ESCOLARIDADE/FORMAÇÃO ACADÊMICA		PROFISSÃO OU ATIVIDADE REMUNERADA	
EMPRESA		TELEFONE TRABALHO	TELEFONE FIXO E/OU CELULAR
ÚLTIMO SALÁRIO BRUTO MENSAL R\$			
Componente (pessoa) Nº 04			
NOME DO INTEGRANTE DO GRUPO FAMILIAR		CPF	
DATA DE NASCIMENTO	IDADE	ESTADO CIVIL	TIPO DE VÍNCULO COM O(A) CANDIDATO (A)
ESCOLARIDADE/FORMAÇÃO ACADÊMICA		PROFISSÃO OU ATIVIDADE REMUNERADA	
EMPRESA		TELEFONE TRABALHO	TELEFONE FIXO E/OU CELULAR
ÚLTIMO SALÁRIO BRUTO MENSAL R\$			
Componente (pessoa) Nº 05			
NOME DO INTEGRANTE DO GRUPO FAMILIAR		CPF	
DATA DE NASCIMENTO	IDADE	ESTADO CIVIL	TIPO DE VÍNCULO COM O(A) CANDIDATO (A)
ESCOLARIDADE/FORMAÇÃO ACADÊMICA		PROFISSÃO OU ATIVIDADE REMUNERADA	
EMPRESA		TELEFONE TRABALHO	TELEFONE FIXO E/OU CELULAR
ÚLTIMO SALÁRIO BRUTO MENSAL R\$			
Componente (pessoa) Nº 06			
NOME DO INTEGRANTE DO GRUPO FAMILIAR		CPF	
DATA DE NASCIMENTO	IDADE	ESTADO CIVIL	TIPO DE VÍNCULO COM O(A) CANDIDATO (A)
ESCOLARIDADE/FORMAÇÃO ACADÊMICA		PROFISSÃO OU ATIVIDADE REMUNERADA	
EMPRESA		TELEFONE TRABALHO	TELEFONE FIXO E/OU CELULAR
SALÁRIO BRUTO MENSAL R\$			
5. OUTRAS FONTES DE RENDA (Exemplos: Rendimentos originários de pensão, aluguel e arrendamento)			
5.1 NO GRUPO FAMILIAR, DESCRITO NO QUADRO ACIMA, HÁ ALGUÉM QUE RECEBE PENSÃO E/OU BENEFÍCIO?			
<input type="checkbox"/> NÃO, <input type="checkbox"/> SIM, FAVOR ESPECIFICAR A FONTE PAGADORA E NATUREZA DO RENDIMENTO: _____			
VALOR BRUTO MENSALMENTE RECEBIDO R\$ _____			
5.2 RENDIMENTOS DE ALUGUEL OU ARRENDAMENTO DE BENS MÓVEIS E IMÓVEIS.			
<input type="checkbox"/> NÃO POSSUO <input type="checkbox"/> SIM, FAVOR INFORMÁ-LOS:			
ESPECIFICAÇÃO DA NATUREZA DO RENDIMENTO	NATUREZA DO BEM	ESPECIFICAÇÃO DO BEM²	VALOR BRUTO DO ALUGUEL OU ARRENDAMENTO MENSAL (EM R\$)
<input type="checkbox"/> ALUGUEL, <input type="checkbox"/> ARRENDAMENTO	<input type="checkbox"/> MÓVEIS, <input type="checkbox"/> IMÓVEIS		

() ALUGUEL, () ARRENDAMENTO	() MÓVEIS, () IMÓVEIS		
() ALUGUEL, () ARRENDAMENTO	() MÓVEIS, () IMÓVEIS		
² CASA, APARTAMENTO, SÍTIO, CHÁCARA, AUTOMÓVEL, MOTOCICLETA, BARCO, TRATOR, ENTRE OUTROS, ETC.			TOTAL GERAL

5.3 ACESSOS AOS PROGRAMAS GOVERNAMENTAIS DE RENDA MÍNIMA ³ (FEDERAL, ESTADUAL E MUNICIPAL).

() NÃO () SIM, FAVOR ESPECIFICAR VALOR RECEBIDO: R\$: _____

³ OBSERVAÇÃO: IMPORTA RESSALTAR QUE O BENEFÍCIO DA PRESTAÇÃO CONTINUADA – BPC, EXECUTADO PELO O INSS SE CONFIGURA COMO UMA AÇÃO DO ESTADO NO CAMPO DA RENDA MÍNIMA E NÃO SERÁ CONSIDERADO NOS CÁLCULOS DA RENDA PER CAPITA DO GRUPO FAMILIAR, EXCETO SE ESTE FOR O ÚNICO RENDIMENTO DA FAMÍLIA.

5.4 ASSINALE ABAIXO, CASO ALGUM DOS INTEGRANTES DO GRUPO FAMILIAR SEJA BENEFICIÁRIA DE ALGUM DOS SEGUINTE PROGRAMAS.

() BOLSA FAMÍLIA () BPC () PETI () OUTRO(S) PROGRAMA(S) PRIORITÁRIO(S): _____

POR GENTILEZA, INFORMA O NOME DO INTEGRANTE DO GRUPO FAMILIAR QUE RECEBE O REFERIDO BENEFÍCIO: _____

5.5 ALGUM MEMBRO DO GRUPO FAMILIAR RECEBIMENTOS DE AJUDA FINANCEIRA DE TERCEIROS. () NÃO () SIM, FAVOR ESPECIFICAR NOME DO

FAVORECIDO: _____ QUEM EFETUA A AJUDA FINANCEIRA _____

VALOR RECEBIDO R\$: _____

QUAL A PERIODICIDADE: () MENSAL, () TRIMESTRAL, () SEMESTRAL, () ANUAL, () OUTROS

FAVOR ESPECIFICAR A PERIODICIDADE: _____ TIPO DE VÍNCULO /RELAÇÃO, FAVOR INDICAR: _____

6. DESCRIÇÃO DE DESPESAS

6.1 Despesas Mensais Básicas

DESPESAS	VALOR MENSAL (EM R\$)	DESPESAS	VALOR MENSAL (em R\$)
ÁGUA/ESGOTO		INSS	
ENERGIA ELÉTRICA		⁷TRANSPORTE COLETIVO, ESPECIFICAR:	
TELEFONE (FIXO + CELULARES)		TRANSPORTE ESCOLAR	
ALIMENTAÇÃO		INTERNET	
ALUGUEL		EDUCAÇÃO	
CONDOMÍNIO		FINANCIAMENTO IMÓVEL	
PLANO DE SAÚDE		FINANCIAMENTO VEÍCULO	
DESPESAS COM MEDICAÇÃO		OUTRO TIPO DE FINANCIAMENTO, ESPECIFICAR:	
IPTU ⁴		OUTRAS DESPESAS, ESPECIFICAR:	
IPVA ⁵			
ITR ⁶			
IMPOSTO DE RENDA			
⁴⁵ IPTU e IPVA: Imposto Predial Territorial Urbano, Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores.		TOTAL GERAL	
⁶ ITR: Imposto Predial Territorial Urbano.			
⁷ Ônibus, metrô, trem, balsa, moto-táxi, van, entre outros.			

6.2 Outras Despesas

EXISTEM PESSOAS QUE COMPÕEM/FAZEM PARTE DO GRUPO FAMILIAR, ESTUDANDO EM INSTITUIÇÕES DA EDUCAÇÃO BÁSICA E/OU NO ENSINO SUPERIOR?

() NÃO () SIM, FAVOR INDICAR, NA RELAÇÃO ABAIXO, OS DADOS:

NOME COMPLETO	TIPO DE VÍNCULO COM O CANDIDATO	NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO	VALOR DA MENSALIDADE (EM R\$)
TOTAL			

EXISTEM PESSOAS QUE COMPÕEM/FAZEM PARTE DO GRUPO FAMILIAR QUE FAZEM USO, CONTÍNUO, DE MEDICAMENTOS?

() NÃO () SIM, FAVOR INDICAR, NA RELAÇÃO ABAIXO, OS DADOS:

NOME COMPLETO	TIPO DE DOENÇA/DIAGNÓSTICO	DESPESA MENSAL (EM R\$)
TOTAL		

EXISTEM PESSOAS QUE COMPÕEM/FAZEM PARTE DO GRUPO FAMILIAR, EM TRATAMENTO MÉDICO?

() NÃO () SIM – FAVOR INDICAR, NA RELAÇÃO ABAIXO, OS DADOS:

NOME COMPLETO	TIPO DE DOENÇA/DIAGNÓSTICO	DESPESA MENSAL (EM R\$)
TOTAL		

HÁ CASOS DE DOENÇAS CRÔNICAS ⁸ NO GRUPO FAMILIAR?

() NÃO () SIM – FAVOR INDICAR, NA RELAÇÃO ABAIXO, OS DADOS:

NOME COMPLETO	TIPO DE DOENÇA/DIAGNÓSTICO	DESPESA MENSAL (EM R\$)
TOTAL		

⁸ Observação: Exemplos de doenças crônicas: doenças pulmonares, renais, câncer, sanguíneas, AIDS, neurológicas – epilepsia, cardíacas, dentre outras.

7.CITAR DOIS NOMES COMPLETOS PARA REFERÊNCIAS

(Maiores de 18 (dezoito) anos, absolutamente capazes, que possuam endereços distintos e que não façam parte do grupo familiar do(a) candidato/responsável legal e/ou financeiro)

NOME	VÍNCULO COM O CANDIDATO	TELEFONE FIXO/CELULAR
ENDEREÇO		CIDADE
NOME	VÍNCULO COM O CANDIDATO	TELEFONE FIXO/CELULAR
ENDEREÇO		CIDADE
OUTROS ESCLARECIMENTOS		

8.DECLARAÇÃO E ASSINATURA DO CONTRATANTE/RESPONSÁVEL FINANCEIRO

EU, _____,

CPF Nº _____, RESIDENTE NO(A) _____

CIDADE DE _____ UF _____ CEP _____

DECLARO QUE LI E ESTOU CIENTE DAS NORMAS ESTABELECIDAS NO EDITAL NORMATIVO VIGENTE, RELATIVO À CONCESSÃO DA BOLSA PROUNI, IGUALMENTE, QUE A ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA NÃO EXCLUI A NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO POSTERIOR DE QUAISQUER OUTROS DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS DA SITUAÇÃO SOCIOECONÔMICA EM ANÁLISE, PODENDO SER SOLICITADOS A QUALQUER TEMPO PELA INSTITUIÇÃO DE ENSINO.

DECLARO AINDA, QUE SÃO VERDADEIRAS TODAS AS INFORMAÇÕES PRESTADAS POR OCASIÃO DA PRESENTE INSCRIÇÃO RELATIVA AO PROCESSO SELETIVO DE CONCESSÃO DA BOLSA PROUNI PARA O **1º SEMESTRE LETIVO DE 2023**, E ASSUMO TOTAL RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE E AUTENTICIDADE DAS INFORMAÇÕES PRESTADAS, NOS TERMOS DA LEI Nº 7.115, DE 29 DE AGOSTO DE 1983, QUE DISPÕE SOBRE A PROVA DOCUMENTAL, BEM ASSIM, DIANTE DA RESPONSABILIZAÇÃO LEGAL PREVISTA NO ART. 3 DA LEI Nº 11.096, DE 13 DE JANEIRO DE 2005, SEM PREJUÍZO DA SANÇÃO PENAL APLICÁVEL AO CRIME DE FALSIDADE IDEOLÓGICA, CONSTANTE DO ART. 299 DO CÓDIGO PENAL. SENDO ASSIM, CONCORDO QUE QUALQUER FALSA DECLARAÇÃO PRESTADA NA OCASIÃO DO PREENCHIMENTO DO **FORMULÁRIO SOCIOECONÔMICO UNIFICADO DA BOLSA PROUNI**, E/OU CONSTANTE DOS DOCUMENTOS APRESENTADOS, IMPLICARÁ NA REPROVAÇÃO SUMÁRIA NO PROCESSO SELETIVO E, CASO CONCEDIDA, A PERDA AUTOMÁTICA DA BOLSA, SEM PREJUÍZO DAS SANÇÕES PENAS EVENTUALMENTE CABÍVEIS, IGUALMENTE, INFORMO ESTÁ CIENTE DA POSSIBILIDADE DE REALIZAÇÃO DE VISITAS DOMICILIARES, SEM AVISO OU AGENDAMENTO PRÉVIO AO CANDIDATO APROVADO NO PROCESSO SELETIVO DO PROUNI, A SEREM FEITAS POR ASSISTENTE SOCIAL, QUANDO FOR O CASO, ESTE PODERÁ SER ACOMPANHADO ATÉ O LOCAL DA VISITA POR UM COLABORADOR(A) DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO.

DECLARO, OUTROSSIM, ESTÁ CIENTE DE QUE A ENTREGA DO **FORMULÁRIO SOCIOECONÔMICO UNIFICADO DA BOLSA PROUNI**, IMPRESSO, PREENCHIDO E ASSINADO, JUNTAMENTE COM TODA A DOCUMENTAÇÃO COMPROBATÓRIA PARA A ANÁLISE SOCIOECONÔMICA, NÃO GARANTE A AUTOMÁTICA CONCESSÃO DA BOLSA PROUNI PARA O **1º SEMESTRE LETIVO DE 2023**, TENDO EM VISTA QUE O PROCESSO OCORRE EM CONFORMIDADE COM A LEI Nº 11.096, DE 13 DE JANEIRO DE 2005, FICANDO A CRITÉRIO DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO O DEFERIMENTO OU NÃO DA BOLSA PROUNI DE ACORDO COM O NÚMERO DE VAGAS OFERTAS PELA INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR (IES) PARA O PERÍODO LETIVO EM QUESTÃO. SENDO ASSIM, AINDA QUE ATENDIDOS TODOS OS REQUISITOS SOCIOECONÔMICOS E DEMAIS EXIGÊNCIAS DO EDITAL NORMATIVO, NÃO HÁ O QUE FALAR EM **DIREITO ADQUIRIDO** OU **EXPECTATIVA DE DIREITO** PELO CANDIDATO COM RELAÇÃO À CONCESSÃO DA BOLSA PROUNI. ESTOU CIENTE DA NECESSIDADE ATENTAR-SE AO HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO DO PROGRAMA DE CONCESSÃO DE BENEFÍCIO (PCB) PARA A ENTREGA DE TODA A DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA, CONFORME DATAS ESTABELECIDAS NO EDITAL MEC Nº 3, DE 26 DE JANEIRO DE 2023.

DATA: ____/____/____.

CIDADE _____ UF: _____

ASSINATURA DO CONTRATANTE/RESPONSÁVEL FINANCEIRO DO CANDIDATO/ALUNO