



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
PRÓ-REITORIA DE ASSUNTOS ESTUDANTIS
COORDENADORIA DA ASSISTÊNCIA ESTUDANTIL
DIVISÃO DE GESTÃO DE BENEFÍCIOS

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO
AUXÍLIO EMERGENCIAL
NOVA SOLICITAÇÃO () RENOVAÇÃO ()

Data da solicitação: ____ / ____ / ____

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome de Registro:					
Nome Social:					
Nome da Mãe:				Viva? () Sim () Não	
Nome do Pai:				Vivo? () Sim () Não	
Sexo:	Data de Nascimento:	Carteira de Identidade (RG):	Órgão Emissor:	UF:	CPF:
F () M ()	____ / ____ / ____				
Naturalidade:				UF:	Estado Civil:
Matrícula:	Semestre:	Curso na UFC:			
Telefone (Fixo e Celular)			E-mail:		

2. SITUAÇÃO DE MORADIA

2.1. MORADIA ATUAL

Mora com:					
Amigos () Irmãos () Pai/Mãe () Cônjuge/Companheiro(a) () Outros () / Especifique: _____					
Endereço da Moradia Atual (Rua/Av):					
Número:	Complemento:	Bairro:	CEP:	Cidade:	
Estado:	Ponto de Referência:				
Situação do Imóvel:		Propriedade Rural:	Valor Mensal do Financiamento:		
() Próprio () Alugado () Cedido () Financiado		() Sim () Não			

2.2. MORADIA DA FAMÍLIA DE ORIGEM (Quando não reside junto à família)

Endereço (Rua/Av):	
Cidade:	Estado:

3. HISTÓRICO ESCOLAR

Ensino Médio:	Se estudante de escola particular:
Escola Pública () Escola Particular () Parte em Pública, parte em Particular ()	Não bolsista () Bolsista () / Percentual: _____%
Forma de ingresso na UFC:	
Ampla concorrência () Cotas L1 ou L2 () Cotas L3 ou L4 () Outros () / Qual:	

Rua Paulino Nogueira, 315 – Bloco III – 1º Andar – Benfica
CEP 60020-270 – FORTALEZA – CE
Fone: + 55 (85) 3366-7446

Possui outra graduação? Não () Sim () / Curso: _____ / Instituição: _____ / Ano de conclusão: _____

4. COM RELAÇÃO A SUA SAÚDE

Faz uso contínuo de medicamentos? () Sim () Não Se sim, para qual doença?	Há algum membro do grupo familiar com doença grave? () Sim, qual? _____ () Não
Apresenta alguma deficiência? () Sim () Não Se sim, qual?	Há algum membro do grupo familiar com deficiência? () Sim, qual? _____ () Não
	A família possui plano de assistência médica? () Sim, qual valor? R\$ _____ () Não

5. SITUAÇÃO SOCIOECONÔMICA (da família de origem, incluindo o candidato)

Nome	Parentesco	Escolaridade	Idade	Atividade ou Profissão	Renda Mensal
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					

6. TRAJETO ATÉ A UNIVERSIDADE

() A Pé () Bicicleta () Transporte Público () Carro/Moto Próprio () Carona () Transporte Fretado () Outros	Valor mensal gasto com transporte? R\$ _____ Tempo gasto com deslocamento? _____
---	---

7. OUTRAS INFORMAÇÕES

Bolsista: Não () Sim () / Tipo de bolsa: _____	Trabalho Formal Remunerado: Não () Sim () / Cargo: _____
Estágio: Não () Sim () / Onde: _____	Utiliza ou utilizou outros serviços desta Pró-Reitoria? Não () Sim () / Quais? _____

8. CRITÉRIO(S) PARA SOLICITAÇÃO DO AUXÍLIO EMERGENCIAL

Critério 1 – Lista de Espera Sisu ou Entrada no 2º semestre letivo do ano	Critério 3 – Assistência à Saúde	Critério 5 – Limitação temporária Saúde Mental () Financeira ()
Critério 2 – Transporte Intermunicipal	Critério 4 – Compra de material acadêmico	Critério 6 – Rompimento de vínculos familiares

9. JUSTIFICATIVA DO PEDIDO

--

*Rua Paulino Nogueira, 315 – Bloco III – 1º Andar – Benfica
CEP 60020-270 – FORTALEZA – CE
Fone: + 55 (85) 3366-7446*

--

10. SOLICITAÇÃO(ÕES) ANTERIORES

Já foi beneficiado com o Auxílio Emergencial? Não () Sim ()
Quantas vezes? _____

CLÁUSULAS IMPORTANTES:

1 - Público Alvo

O benefício destina-se a estudantes dos cursos presenciais de graduação (licenciatura, bacharelado) que apresentem vulnerabilidade socioeconômica comprovada e que atendam a pelo menos 1(um) dos critérios abaixo relacionados, que estejam impedindo o estudante de frequentar regularmente as aulas. Estes critérios estão elencados abaixo em ordem de prioridade para concessão.

2 - Critérios

Poderão requerer o auxílio emergencial:

- **1ª prioridade**) Estudantes convocados pelo SISU em período posterior aos prazos de inscrições dos processos seletivos dos benefícios assistenciais da PRAE (Comprovação de entrada por lista de espera);
- **2ª prioridade**) Estudantes moradores de cidades diferentes do seu Campus com dificuldades financeiras de deslocamento (transporte) (Comprovação de valores das passagens para traslado diário);
- **3ª prioridade**) Estudantes que necessitem de tratamento, medicamentos, exames e próteses, mediante apresentação de laudo médico, que impeçam a frequência regular às aulas, (Comprovação de tratamento médico: consulta médica, atestado médico, receita, exames de saúde e 3 orçamentos);
- **4ª prioridade**) Estudantes com dificuldades para aquisição de material acadêmico, mediante comprovada necessidade (Comprovação de material acadêmico: lista de material solicitado pelo professor da disciplina e 3 orçamentos de compra);
- **5ª prioridade**) Estudantes que se encontrem com limitação temporária, de saúde mental (comprovação por meio de atestado psiquiátrico, relatório psicológico, dentre outros) ou financeira;
- **6ª prioridade**) Estudantes em situação de risco social, em virtude de rompimento de vínculos familiares, avaliada por meio de estudo social.

3 – Fatores excludentes:

- a) Ser beneficiário de bolsa ou qualquer auxílio financeiro na Universidade Federal do Ceará. Ficam excluídos desta restrição, os estudantes que atendam ao parágrafo único do Artigo 4º do Anexo 13 da Resolução nº 8/CEPE de 2013, bem como aos que atendam ao Artigo 4º do Anexo 14, da referida resolução.
- b) Possuir renda auferida de qualquer atividade formal remunerada, inclusive estágio.

4 – Interrupção:

- a) por perda, devidamente comprovada, da condição de vulnerabilidade socioeconômica;
- b) por infração, devidamente, apurada, quando das informações fornecidas pelo beneficiário na fase de concessão;
- c) pela conclusão de curso de graduação pelo estudante beneficiado;
- d) pelo trancamento ou abandono do curso pela estudante beneficiada, durante o período de vigência do benefício.

Declaro conhecer as condições do Auxílio Emergencial, e que respondo pela veracidade de todas as informações contidas neste formulário, por mim preenchido, e pela documentação anexada.

Local e Data:
Assinatura:

PARA USO DA PRAE

11. RENDA FAMILIAR

Renda Total:	Nº de membros da família:	Renda <i>per capita</i> :
--------------	---------------------------	---------------------------

12. PARECER

--

Deferido Não () Sim () / Quantos meses: _____	Data:
--	-------

Data e Assinatura:	
_____ Assistente Social	_____ Coordenadoria de Assistência Estudantil
_____ Pró-Reitoria de Assuntos Estudantis	