



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO SIMÃO-GO  
SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO E CULTURA

FOTO

COMISSÃO DE ANÁLISE DE DOCUMENTOS E PARECER TÉCNICO PARA  
BOLSA DE ESTUDO

FICHA DE INSCRIÇÃO- BOLSA DE ESTUDOS GRADUAÇÃO EM MEDICINA

CADASTRO

NOME: \_\_\_\_\_  
CPF.: \_\_\_\_\_ RG.: \_\_\_\_\_  
DATA NASC.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
NATURALIDADE: \_\_\_\_\_ UF.: \_\_\_\_\_  
E-MAIL: \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO(RUA, LOCALIDADE): \_\_\_\_\_ Nº.: \_\_\_\_\_  
PONTO DE REFERÊNCIA: \_\_\_\_\_  
CIDADE: \_\_\_\_\_ UF.: \_\_\_\_\_  
FONE: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_  
TEMPO DE RESIDÊNCIA NO MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_

PROFISSÃO: \_\_\_\_\_  
ESTÁ EMPREGADO? ( ) SIM ( ) NÃO  
LOCAL DE TRABALHO: \_\_\_\_\_  
RENDA BRUTA MENSAL (R\$): \_\_\_\_\_  
CIDADE: \_\_\_\_\_  
UF.: \_\_\_\_\_  
POSSUI OUTRAS FONTES DE RENDA? (BENEFÍCIO INSS, PENSÃO, BOLSA FAMÍLIA,  
OUTROS).  
( ) SIM. VALOR? \_\_\_\_\_ ( ) NÃO

**ESTADO CIVIL:**

( ) SOLTEIRO(A) ( ) CASADO(A) ( ) DIVORCIADO(A) ( ) VIÚVO(A) ( ) OUTROS

Nº DE DEPENDENTES: \_\_\_\_\_

CÔNJUGE (NOME): \_\_\_\_\_

PROFISSÃO: \_\_\_\_\_

LOCAL DE TRABALHO: \_\_\_\_\_

RENDA MENSAL (R\$): \_\_\_\_\_

**ESCOLA ONDE CONCLUIU O ENSINO MÉDIO:**

( ) PÚBLICA – QUAL? \_\_\_\_\_

( ) PARTICULAR – QUAL? \_\_\_\_\_

CIDADE DA ESCOLA ONDE CONCLUIU O ENSINO MÉDIO: \_\_\_\_\_

**DADOS FAMILIARES:**

VOCÊ RESIDE: ( ) COM A FAMÍLIA ( ) SOZINHO ( ) COM PARENTES ( ) CÔNJUGE ( ) OUTROS

ESPECIFICAR: \_\_\_\_\_

**MEIO DE TRANSPORTE A SER UTILIZADO PARA SE DESLOCAR ATÉ A INSTITUIÇÃO ONDE SE LOCALIZA O CURSO:**

( ) CARRO PRÓPRIO

( ) ÔNIBUS

( ) MOTO

( ) NÃO UTILIZA

( ) OUTROS (ESPECIFICAR) \_\_\_\_\_

**COMPOSIÇÃO FAMILIAR E TOTAL PER CAPITA FAMILIAR/INDIVIDUAL LÍQUIDA:**

NOME	PARENTESCO	OCUPAÇÃO PROFISSIONAL	RENDA	IDADE	ESCOLARIDADE SÉRIE/GRAU	ESTADO CIVIL



**TOTAL DA RENDA LÍQUIDA FAMILIAR E /OU INDIVIDUAL MENSAL (INFORMAÇÕES SOBRE TODOS QUE CONTRIBUEM E/OU DEPENDEM DA RENDA FAMILIAR (INCLUSIVE O(A) PRÓPRIO(A) CANDIDATO(A)):**

R\$ \_\_\_\_\_

**VOCÊ OU ALGUM MEMBRO DA FAMÍLIA POSSUI ALGUMA DEFICIÊNCIA?**

( ) SIM ( ) NÃO

QUAL: \_\_\_\_\_

**EXISTE DOENÇA CRÔNICA NA FAMÍLIA? ( ) SIM ( ) NÃO**

QUAL: \_\_\_\_\_

QUEM É O PORTADOR? \_\_\_\_\_

**GASTOS POSSÍVEIS DE COMPROVAÇÃO COM O PORTADOR DA DOENÇA.**

R\$: \_\_\_\_\_

**MEDICAÇÃO UTILIZADA É ADQUIRIDA EM SETOR PÚBLICO?**

**VOCÊ E/ OU SUA FAMÍLIA POSSUI AUTOMÓVEL, MOTO, CAMINHÃO E/OU OUTROS VEÍCULOS DE TRANSPORTE?**

( ) SIM ( ) NÃO

QUANTOS? \_\_\_\_\_ QUAL? \_\_\_\_\_

QUEM? \_\_\_\_\_

QUAL O MODELO E O ANO? \_\_\_\_\_ VALOR: R\$ \_\_\_\_\_

**DOCUMENTAÇÃO ANEXA:**

( ) COMPROVANTE DE MATRÍCULA DO SEMESTRE A SER CURSADO, OU QUE JÁ ESTEJA CURSANDO;

( ) CÓPIA AUTENTICADA DE DOCUMENTO DE IDENTIDADE E CPF;

( ) TERMO DE ADESÃO;

( ) COMPROVAR QUE O CURSO EM QUE ESTÁ MATRICULADO É RECONHECIDO PELO MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO (MEC), E QUE ESTEJA LOCALIZADO EM TERRITÓRIO BRASILEIRO;

( ) COMPROVANTE DE ENDEREÇO, OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA OUTORGADO PELO PROPRIETÁRIO DO IMÓVEL;

DECLARAÇÃO/TERMO/RECOMENDAÇÃO DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR ONDE ESTÁ O INTERESSADO MATRICULADO RECOMENDANDO O ALUNO;

COMPROVANTE DE ATUAÇÃO EM PROGRAMAS SOCIAIS;

COMPROVAR SER MORADOR DO MUNICÍPIO HÁ MAIS DE 5 (CINCO) ANOS;

CERTIDÃO DE QUE NÃO ESTEJA EM DÉBITO COM O MUNICÍPIO;

DECLARAÇÃO DE NÃO RECEBER QUALQUER OUTRA BOLSA PARA PATROCÍNIO DA GRADUAÇÃO EM MEDICINA.

INDICAR O BAIRRO PELO QUAL SE INSCREVE COMO BOLSISTA;

DECLARAÇÃO DO INTERESSADO DE QUE RESTITUIRÁ AO MUNICÍPIO OS VALORES INVESTIDOS EM SUA BOLSA DE ESTUDOS, VIA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS INERENTES A FORMAÇÃO EM MEDICINA/TRABALHO MÉDICO JUNTO A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, PELO PERÍODO DE UM ANO, COM CARGA HORÁRIA SEMANAL DE NO MÍNIMO 10 (DEZ) HORAS DE SERVIÇOS, COM INÍCIO DOS SERVIÇOS 30 DIAS APÓS RECEBIMENTO DA CERTIFICAÇÃO DE MÉDICO PELO ÓRGÃO COMPETENTE.

COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA;

COMPROVANTES DE RENDA.

**INFORMAÇÕES SOBRE A BOLSA DE ESTUDOS:**

**MOTIVO DO PEDIDO DE BOLSA: (EXPLIQUE BREVEMENTE O MOTIVO PELO QUAL VOCÊ ESTÁ SOLICITANDO A BOLSA DE ESTUDOS, CONSIDERANDO FATORES COMO DIFICULDADES FINANCEIRAS, DESEMPENHO ACADÊMICO OU OUTRAS RAZÕES RELEVANTES.)**

SÃO SIMÃO, GOIÁS, \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE 20\_\_\_\_\_.

DECLARO QUE AS INFORMAÇÕES PRESTADAS NA PRESENTE FICHA DE INSCRIÇÃO SÃO VERDADEIRAS E QUE ESTOU CIENTE DE TODO O DISPOSTO DA LEI NO 962/2025 DE 20 DE FEVEREIRO DE 2025 E QUE A FALSIDADE NAS INFORMAÇÕES ACIMA IMPLICARÁ NAS PENALIDADES CABÍVEIS PREVISTAS NO ARTIGO 299 DO CÓDIGO PENAL E NA EXCLUSÃO DA CONCESSÃO DA BOLSA DE ESTUDOS.

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO(A) ESTUDANTE) E/OU RESPONSÁVEL