



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DOS VALES DO JEQUITINHONHA E MUCURI  
PRÓ-REITORIA DE ASSUNTOS COMUNITÁRIOS E ESTUDANTIS - PROACE  
DIRETORIA DE ASSISTÊNCIA ESTUDANTIL - DAE



DIAMANTINA / TEÓFILO OTONI - MINAS GERAIS

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

## PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA ESTUDANTIL – PAE TERMO DE ATUALIZAÇÃO DE DOCUMENTOS

Eu, \_\_\_\_\_

discente regularmente matriculado(a) no Curso de \_\_\_\_\_, da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri - UFVJM, possuidor(a) do número de matrícula \_\_\_\_\_, atualizo documentação para concorrer às modalidades de auxílio oferecidas pelo Programa de Assistência Estudantil - PAE. Comprovando estar CIENTE do regulamento do referido programa e comprometendo-me com a veracidade das informações e documentos apresentados.

Diamantina / Teófilo Otoni, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura

### ATENÇÃO

- A documentação incompleta causará o indeferimento da inscrição.
- Não deverão ser entregues documentos originais, pois os mesmos não serão devolvidos.
- As declarações de próprio punho serão aceitas única e exclusivamente nos casos de inexistência do documento oficial, e devem conter o nome, os número de RG e CPF, esclarecimento completo da situação declarada, data e assinatura. Devem ser escritas em folha individual, uma para cada declarante.
- As informações prestadas no cadastramento, bem como a documentação apresentada e o acompanhamento dos resultados serão de inteira responsabilidade do discente. A inveracidade e/ou omissão de informações acarretará a suspensão e/ou extinção do apoio, independente da época em que for constatada.
- A Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri – UFVJM se reserva o direito de fazer sindicância sobre as informações e documentação apresentada e rever e/ou suspender o benefício concedido em qualquer época.
- Essas informações ficarão sujeitas ao art. 299 do Código Penal Brasileiro, Lei 2848/40:

*“Art. 299 - Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante:*

*Pena - reclusão, de 1 (um) a 5 (cinco) anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos, e multa, se o documento é particular.”*



## QUESTIONÁRIO DE ATUALIZAÇÃO SOCIOECONÔMICA

### 1- SITUAÇÃO DE MORADIA

#### 1.1- VOCÊ MORA EM:

- ( ) Casa ou apartamento com a família. ( ) República Particular.  
 ( ) Quarto ou cômodo alugado, sozinho. ( ) Casa parentes/ Moro de favor Especifique com quem  
 ( ) Habitação coletiva: hotel, hospedaria, pensionato, etc. ( ) Outro. Especifique\_\_\_\_\_

#### 1.2- SUA FAMÍLIA RESIDE EM:

- ( ) Casa Própria ( ) Casa Cedida - Por quem \_\_\_\_\_  
 ( ) Casa Financiada - Valor: R\$\_\_\_\_\_ ( ) Casa Alugada - Valor: R\$\_\_\_\_\_

Área construída, m<sup>2</sup>: \_\_\_\_\_ Nº de cômodos: \_\_\_\_\_

#### 1.3- LOCAL DE MORADIA DE SUA FAMÍLIA:

- ( ) Na mesma cidade do campus da UFVJM ( ) Em outra cidade do estado  
 ( ) Na mesma microrregião/região do campus da UFVJM ( ) Em outro estado

### 2- RENDIMENTOS DO CANDIDATO

#### VOCÊ POSSUI ALGUMA FONTE DE RENDIMENTO:

- ( ) Sim, trabalho com vínculo empregatício ( ) Sim, recebo mesada  
 ( ) Sim, atividade acadêmica remunerada ou atividade profissional sem vínculo empregatício (bico) ( ) Não, possuo fonte de rendimento  
 ( ) Sim, recebo pensão. Valor : R\$\_\_\_\_\_

### 3- CONTEXTO FAMILIAR:

#### 3.1- SEUS PAIS MORAM:

- ( ) Juntos. ( ) Não conheço / não tenho contato com a mãe  
 ( ) Separados ( ) Meu pai faleceu em \_\_\_\_\_  
 ( ) Não conheço / não tenho contato com o pai ( ) Minha mãe faleceu em \_\_\_\_\_

Obs.: SE VOCÊ NÃO CONHECE SEUS PAIS OU ELES JÁ  
FALECERAM, PASSE PARA O ÍTEM 6.

#### 3.2- SEU PAI É:

- ( ) Funcionário público ( ) Trabalhador informal (faz bico)  
 ( ) Trabalhador formal (carteira de trabalho assinada) ( ) Desempregado

#### 3.3- SUA MÃE É:



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DOS VALES DO JEQUITINHONHA E MUCURI  
PRÓ-REITORIA DE ASSUNTOS COMUNITÁRIOS E ESTUDANTIS - PROACE  
DIRETORIA DE ASSISTÊNCIA ESTUDANTIL - DAE



DIAMANTINA / TEÓFILO OTONI - MINAS GERAIS

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

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Funcionária público                                 | <input type="checkbox"/> Trabalhadora informal (faz bico) |
| <input type="checkbox"/> Trabalhadora formal (carteira de trabalho assinada) | <input type="checkbox"/> Desempregada                     |

#### 4- BENS PERTENCENTES AO GRUPO FAMILIAR

##### 4.1- SUA FAMÍLIA POSSUI VEÍCULO:

- |  |                              |
|--|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sim. Quantos: _____ | <input type="checkbox"/> Não |
|--|------------------------------|

##### 4.2- FINALIDADE DO VEÍCULO:

- |                                  |                                   |
|----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Passeio | <input type="checkbox"/> Trabalho |
|----------------------------------|-----------------------------------|

##### 4.3- SUA FAMÍLIA POSSUI IMÓVEL:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sim, outros imóveis além do de moradia | <input type="checkbox"/> Não, possui imóvel |
| <input type="checkbox"/> Sim, apenas o imóvel de moradia        |   |

#### 5- DESPESA PERMANENTE COM MEDICAMENTO

##### 5.1- Existe, no grupo familiar, despesa permanente com medicamento para tratamento de doenças crônicas especificadas na Portaria MPAS / MS nº 2.998:

- |                              |                              |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
|------------------------------|------------------------------|

**Obs.: São doenças crônicas:** Tuberculose ativa; hanseníase; alienação mental; neoplasia maligna; cegueira; paralisia irreversível e incapacitante; cardiopatia grave; doença de Parkinson; espondilolartrose anquilosante; nefropatia grave; estado avançado da doença de Paget (osteíte de formante); síndrome da deficiência imunológica adquirida - AIDS; contaminação por radiação e hepatopatia grave. O Serviço de Avaliação e Orientação Social - SAOS/UFVJM considera também as doenças cardiovasculares, a diabetes, depressão, doenças arteriais e as doenças respiratórias

#### 6- BENEFÍCIO DO GOVERNO

##### Algum membro do grupo familiar participa de programas sociais do tipo transferência de renda do Governo Federal (ex.: Bolsa Família):

- |                              |                              |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
|------------------------------|------------------------------|

#### 7- RENDIMENTOS DO GRUPO FAMILIAR

##### Somatório das principais fontes de renda líquida do grupo familiar

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Mais que 05 salários mínimos                | <input type="checkbox"/> Mais que 01 e menos que 03 salários mínimos |
| <input type="checkbox"/> Mais que 03 e menos que 05 salários mínimos | <input type="checkbox"/> Menos que 01 salário mínimo                 |

**Obs.:** Considere o rendimento dos membros da família que desempenham algum tipo de atividade remunerada, aluguéis, pensão, aposentadoria, benefício do governo, valores recebidos por trabalhadores autônomos ou informais, recebimento de renda proveniente de cooperativa, retirada de pró-labore, etc.



**8- RELACIONE AS PESSOAS QUE COMPÕEM O GRUPO FAMILIAR AO QUAL VOCÊ PERTENCE, INCLUINDO VOCÊ E COMPLETE O QUADRO ABAIXO:**

**IMPORTANTE:** Considere como grupo familiar o conjunto de pessoas (pai, padrasto, mãe, madrasta, cônjuge, companheiro(a), filho(a), enteado(a), irmão(ã), avô(ó), outros) que residem na mesma moradia e usufruam do somatório das principais fontes de renda, observado o seguinte:

- a) Para os membros do grupo familiar que possuam renda própria, seus rendimentos líquidos individuais deverão ser considerados no somatório das principais fontes de renda.
- b) Para os membros do grupo familiar que não possuam fonte de renda, a relação de dependência deverá ser comprovada mediante apresentação da carteira de trabalho.

Nome	Parentesco	Idade	Estado Civil	Escolaridade	Ocupação	Renda Líquida
Candidato:						
<b>Somatório dos rendimentos: R\$</b>						

**ATENÇÃO:**

- 1. Some os rendimentos Líquidos dos membros da família que trabalhem e que estejam morando na mesma residência.
- 2. Inclua o seu rendimento, caso trabalhe. Se for casado, refira-se à sua própria família.

**09- JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO E OUTRAS INFORMAÇÕES:**
