



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

**FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO**  
**AUXÍLIO CRECHE**  
**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: F ( ) M ( )	Data de Nascimento: ____ / ____ / ____	Carteira de Identidade (RG):	Órgão Emissor:	UF:	CPF:
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: ( ) Próprio ( ) Alugado ( ) Cedido ( ) Financiado		Propriedade Rural: ( ) Sim ( ) Não	Valor Mensal do Financiamento:		

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

Endereço (Rua/Av):	
Cidade:	Estado:

**3. HISTÓRICO ESCOLAR**

Ensino Médio: Escola Pública ( ) Escola Particular ( ) Parte em Pública, parte em Particular ( )	Se estudante de escola 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 À 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. JUSTIFICATIVA DO PEDIDO

--

**CLÁUSULAS IMPORTANTES:**

**1 - Público Alvo**

Estudantes matriculadas(os) e frequentando regularmente as aulas em um dos cursos de graduação presenciais (licenciatura, bacharelado) da Universidade Federal do Ceará, que possuam guarda e coabitem com filhas(os) em idade entre 6 e 48 meses incompletos.

**2 - Critérios**

- 2.1 Ter guarda e coabitar com filhas(os) em idade entre 6 e 48 meses incompletos, sendo obrigatória a apresentação de certidão de nascimento da mesma.
- 2.2 Ter situação de vulnerabilidade socioeconômica comprovada mediante análise da Equipe Técnica da PRAE.
- 2.3 Declarar não ter concluído curso de graduação.
- 2.4 Comprovar matrícula de no mínimo 12 créditos, nos cursos de graduação presencial da UFC, exceto nas situações em que a grade curricular não permita tal feito.
- 2.5 Não estar apenas matriculada(o) em disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) ou em disciplina de Estágio.

**3 – Concessão**

- 3.1 O Auxílio Creche será concedido dentro de cada exercício orçamentário, por um período de até 12 (doze) meses.
- 3.2 O valor do Auxílio Creche será de R\$ 210,00 (duzentos reais), podendo ser acumulado com qualquer outro auxílio ou bolsa que a(o) estudante faça jus.
- 3.3 A concessão do Auxílio Creche ocorrerá à(o) estudante que possui guarda e coabite com a criança, destinada a um(a) único(a) filho(a) da(o) requerente.
- 3.4 No caso em que o (a) filho (a) esteja sob os cuidados dos pais e que ambos sejam estudantes da UFC, um único Auxílio Creche será concedido à mãe.

**4 – Manutenção**

4.1 A **continuidade de recebimento do benefício está condicionada** à apresentação semestral de **atestado regular de matrícula**, com no mínimo 12 créditos de disciplinas matriculadas, e de **histórico acadêmico atualizado**, este com aproveitamento satisfatório de no mínimo 50% das disciplinas cursadas no semestre anterior; e à apresentação anual de **comprovação de renda**, de **acordo com calendário de renovação**.

**5 – Interrupção**

5.1 O Auxílio Creche quando concedido poderá ser mantido durante a integralização curricular do respectivo curso da(o) estudante beneficiada(o), e sua interrupção dar-se-á:

- a) por solicitação da(o) estudante beneficiada(o);
- b) pela perda, devidamente comprovada, da condição de vulnerabilidade socioeconômica;
- c) por infração, devidamente apurada, aos editais de concessão, ou a regulamentos de manutenção desse benefício;
- d) pela conclusão de curso de graduação pela(o) estudante beneficiada(o);
- e) pela promoção da criança da situação de creche para nível escolar posterior, segundo a legislação vigente, em virtude da variação natural de sua faixa etária;
- f) pelo trancamento ou abandono do curso pelo(a) estudante beneficiada, durante o período de vigência do benefício.

*Declaro conhecer as condições do Auxílio Creche, 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 ( )

Data:

Data e Assinatura:

\_\_\_\_\_  
Assistente Social

\_\_\_\_\_  
Coordenadoria de Assistência Estudantil

\_\_\_\_\_  
Pró-Reitoria de Assuntos Estudantis