



FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO
ISENÇÃO DA TAXA DO RU
NOVA SOLICITAÇÃO () RENOVAÇÃO ()

Assinale abaixo quais refeições você regularmente consome no RU:		
1. Café da manhã* ()	2. Almoço ()	3. Jantar ()

* EXCLUSIVO para moradores da Região Metropolitana de Fortaleza e Grande Messejana.

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: () 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:	

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. HORÁRIOS DE AULA DURANTE O SEMESTRE EM VIGOR

TURNO	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA
MANHÃ					
TARDE					
NOITE					

8. 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? _____

9. JUSTIFICATIVA DO PEDIDO

--

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

Fortaleza, ____ de _____ de _____

ASSINATURA

10. PARECER TÉCNICO

DEFERIMENTO: Sim () Não ()
Fortaleza, ____ de _____ de _____
_____ ASSINATURA