



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