



Prefeitura Municipal de São José do Vale do Rio Preto
Gabinete do Prefeito

CADASTRO PARA O PCEM – PROGRAMA DE CRÉDITO EDUCATIVO DO
MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DO VALE DO RIO PRETO

1- IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE:

| | | | |
|---------------------------------------|-------------------|-----------------|------------|
| REQUERENTE: | | | |
| SEXO: | DATA NASC.: | NIS: | |
| CPF: | RG: | O.E.: | D. EXP.: |
| NOME DO PAI: | | | |
| NOME DA MÃE: | | | |
| LOGRADOURO: | | | Nº |
| BAIRRO: | PONTO REFERÊNCIA: | | |
| MUNICÍPIO: S. J. DO VALE DO RIO PRETO | | CEP: 25.780-000 | ESTADO: RJ |
| TEL FIXO: | | CELULAR: | |

2- ESTADO CIVIL DO REQUERENTE:

SOLTEIRO CASADO SEPARADO DIVORCIADO VIÚVO UNIÃO ESTÁVEL

3- RENDA FAMILIAR PER CAPITA:

| | |
|--|---|
| | Até 3 (três) Salários Mínimos = 07 (sete) pontos |
| | De 4(quatro) a 7(sete) Salários Mínimos = 05 (cinco) pontos |
| | De 8(oito) a 11(onze) Salários Mínimos = 03 (três) pontos |
| | Acima de 11(onze) Salários Mínimos = 01 (um) ponto |

4- ESTUDANTES JÁ CURSANDO MEDICINA:

| | | | | | |
|--|--------------------|-------------------|--|------------------|------------------|
| | 12º ao 10º Período | 07 (sete) pontos | | 6º ao 4º Período | 03 (três) pontos |
| | 9º ao 7º Período | 05 (cinco) pontos | | 3º ao 1º Período | 01 (um) ponto |

5- ESTUDOU EM REDE PÚBLICA E PRIVADA:

| | | |
|--|--------------------------|-------------------|
| | ESCOLA PÚBLICA | 07 (sete) pontos |
| | ESCOLA PÚBLICA E PRIVADA | 05 (cinco) pontos |
| | ESCOLA PRIVADA | 03 (três) pontos |

6- COMPROVAR DOMICÍLIO ELEITORAL NO MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DO VALE DO RIO PRETO (CASO O BENEFICIÁRIO NÃO POSSUA COMPROVAÇÃO FICA A CARGO DOS PAIS A APRESENTAÇÃO DO MESMO):

| | | | | | |
|--|----------------|-----------------|--|---------------|-------------------|
| | 120 a 96 meses | 10 (dez) pontos | | 47 a 24 meses | 4 (quatro) pontos |
| | 95 a 72 meses | 8 (oito) pontos | | 23 a 12 meses | 2 (dois) pontos |
| | 71 a 48 meses | 6 (seis) pontos | | | |

7- ESTAR APROVADO EM VESTIBULAR OU MATRICULADO EM INSTITUIÇÃO DE ENSINO PARTICULAR DE MEDICINA:

| | | | | | |
|--|------------------------|-----------------|--|-------------|-----------------|
| | Aprovado em vestibular | 3 (três) pontos | | Matriculado | 6 (seis) pontos |
|--|------------------------|-----------------|--|-------------|-----------------|

Total de pontos: _____

Declaro sob as penas da lei que as declarações contidas nesta ficha correspondem à verdade.

_____ de _____ de _____

Assinatura do declarante