

**15- AUTORIZAÇÃO/PROCURAÇÃO PARA BANCO CENTRAL – SISU 2021**

Fonte Normativa	Código de Classificação	Versão	Data
Decreto-Lei nº 2.848/1940 e Portaria Normativa nº 18/2012/MEC	125.112	01/2021	30/03/2021

Por este instrumento NÓS que abaixo nos identificamos e assinamos, AUTORIZAMOS a Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre – UFCSPA a solicitar ao BANCO CENTRAL DO BRASIL (BACEN) a extração do Cadastro de Clientes do Sistema Financeiro (CCS) referente ao registro de cada um de nós, conforme consta no sistema Registrado, bem como a receber e analisar os documentos que forem fornecidos pelo BACEN. DECLARAMOS que o fazemos de vontade livre e consentida, cientes da finalidade para a qual a UFCSPA utilizará tais informações, qual seja: a apuração da renda bruta mensal familiar per capita do candidato classificado pela reserva de vagas por condição de baixa renda e/ou solicitação dos programas de assistência estudantil desta instituição.

_____, _____ de _____ de 20__.

Identificação do Grupo Familiar

Nome do CANDIDATO :		
RG nº:	CPF nº:	Profissão:
Nacionalidade:	Data de Nascimento: / /	Estado Civil:
Nome da Mãe:		
ASSINATURA (conforme documento apresentado):		
Nome e Assinatura do REPRESENTANTE LEGAL (caso o familiar seja relativo ou absolutamente incapaz) :		

Nome do FAMILIAR :		
RG nº:	CPF nº:	Profissão:
Nacionalidade:	Data de Nascimento: / /	Estado Civil:
Nome da Mãe:		
ASSINATURA (conforme documento apresentado):		
Nome e Assinatura do REPRESENTANTE LEGAL (caso o familiar seja relativo ou absolutamente incapaz) :		

Nome do FAMILIAR :		
RG nº:	CPF nº:	Profissão:
Nacionalidade:	Data de Nascimento: / /	Estado Civil:
Nome da Mãe:		
ASSINATURA (conforme documento apresentado):		
Nome e Assinatura do REPRESENTANTE LEGAL (caso o familiar seja relativo ou absolutamente incapaz) :		

Nome do FAMILIAR:		
RG nº:	CPF nº:	Profissão:
Nacionalidade:	Data de Nascimento: / /	Estado Civil:
Nome da Mãe:		
ASSINATURA (conforme documento apresentado):		
Nome e Assinatura do REPRESENTANTE LEGAL (caso o familiar seja relativo ou absolutamente incapaz) :		

Nome do FAMILIAR:		
RG nº:	CPF nº:	Profissão:
Nacionalidade:	Data de Nascimento: / /	Estado Civil:
Nome da Mãe:		
ASSINATURA (conforme documento apresentado):		
Nome e Assinatura do REPRESENTANTE LEGAL (caso o familiar seja relativo ou absolutamente incapaz) :		

Nome do FAMILIAR:		
RG nº:	CPF nº:	Profissão:
Nacionalidade:	Data de Nascimento: / /	Estado Civil:
Nome da Mãe:		
ASSINATURA (conforme documento apresentado):		
Nome e Assinatura do REPRESENTANTE LEGAL (caso o familiar seja relativo ou absolutamente incapaz) :		

Nome do FAMILIAR:		
RG nº:	CPF nº:	Profissão:
Nacionalidade:	Data de Nascimento: / /	Estado Civil:
Nome da Mãe:		
ASSINATURA (conforme documento apresentado):		
Nome e Assinatura do REPRESENTANTE LEGAL (caso o familiar seja relativo ou absolutamente incapaz) :		

Nome do FAMILIAR:		
RG nº:	CPF nº:	Profissão:
Nacionalidade:	Data de Nascimento: / /	Estado Civil:
Nome da Mãe:		
ASSINATURA (conforme documento apresentado):		

Nome e Assinatura do REPRESENTANTE LEGAL (caso o familiar seja relativo ou absolutamente incapaz) :