



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA**  
**PRÓ-REITORIA ESTUDANTIL**

**EDITAL N° 012/2019**

**SELEÇÃO PARA O EMPRÉSTIMO DE INSTRUMENTAIS ODONTOLÓGICOS**

A Universidade Estadual da Paraíba, por meio da Pró-Reitoria Estudantil, no uso de suas atribuições legais, **TORNA PÚBLICO** que estarão abertas as inscrições para a seleção de candidatos ao empréstimo de Instrumentais Odontológicos e Articuladores semiajustáveis, na forma de comodato, destinados a alunos a partir do 4º período do curso de Odontologia do Campus I – Campina Grande.

**1. DA QUANTIDADE:**

- 1.1. Cinco (05) kits de Instrumentais;
- 1.2. Três (03) Articuladores.

**2. DAS INSCRIÇÕES**

- 2.1. A inscrição do candidato implicará na ciência e aceitação das normas e condições estabelecidas neste Edital, em relação às quais não poderá alegar desconhecimento.
- 2.2. As inscrições serão realizadas no horário de 08h às 11h30 e de 13h às 16h30 a partir do dia 17 até o dia 19 de setembro de 2019.
- 2.3. As inscrições serão realizadas exclusivamente de forma presencial, no prédio da Reitoria, no setor da Pró-Reitoria Estudantil – PROEST, localizado na Avenida Baraúnas, nº 351, Câmpus Universitário, Bairro de Bondocongó.
- 2.4. Para efetuar a inscrição, o candidato deverá:
  - 2.4.1. Realizar a leitura do respectivo Edital;

- 2.4.2. Imprimir e preencher a ficha de Inscrição e a de justificativa de necessidade de inclusão no programa;
- 2.4.3. Imprimir o checklist (ANEXO I) da documentação necessária para o processo seletivo, bem como trazer toda a documentação exigida (originais e cópias ou apenas a cópia autenticada atual);
- 2.5. Não serão homologadas inscrições realizadas fora do prazo ou por qualquer outra via que não as especificadas neste Edital.
- 2.6. Em hipótese alguma, serão aceitos pedidos de alteração de informações depois de efetuada a inscrição. Também não será permitida a complementação da documentação comprobatória após o prazo fixado no item 2.2 deste edital.
- 2.7. As informações prestadas no ato da inscrição serão de inteira responsabilidade do candidato, reservando-se à Pró-Reitoria Estudantil, o direito de excluir do Processo Seletivo, aquele que fornecer informações inverídicas ou falsas.

### **3. DO INGRESSO E DA SELEÇÃO**

- 3.1. Estão aptos a participar do processo seletivo os estudantes:
- 3.1.1. Regularmente matriculados no curso de Odontologia, do câmpus I, - Campina Grande, a partir do 4º período;
- 3.1.2. Em condição de vulnerabilidade socioeconômica, possuindo renda familiar igual ou inferior a três salários-mínimos vigentes no país;
- 3.2. Não estão aptos a participar do processo seletivo os estudantes que:
- 3.2.1. Não apresentem a documentação na forma exigida (itens 2.4.2 e 2.4.3) neste Edital.
- 3.2.2. Possuam renda familiar superior a 3 (três) salários-mínimos vigentes no país;
- 3.2.3. Possuam qualquer tipo de vínculo empregatício formal ou informal;
- 3.2.4. Descumpram qualquer exigência durante o processo de seleção;

### **4. DA CLASSIFICAÇÃO**

- 4.1. Serão classificados prioritariamente os estudantes que apresentem as menores rendas familiares per capita comprovadas e, conseqüentemente, se encontrem em maior grau de vulnerabilidade socioeconômica;
- 4.2. Em caso de empate serão classificados os estudantes na seguinte ordem:
- 4.2.1. Cujos pais ou responsáveis possuam o maior número de dependentes (parentes de até segundo grau), comprovado através da respectiva documentação;
- 4.2.2. Que façam parte de Projeto de Pesquisa, Ensino ou Extensão, para os estudantes da graduação, sem bolsa, cuja participação no mesmo dependa da utilização dos Instrumentais;
- 4.2.3. Que tenham obtido o melhor Coeficiente de Rendimento Acadêmico (CRA), no período letivo anterior;
- 4.2.4. Que tenham obtido a maior média no Exame Nacional do Ensino Médio (ENEM);
- 4.2.5. Que possuam a maior média na prova de Língua Portuguesa do ENEM;
- 4.3. O item 4.2.3 não se aplica aos estudantes novatos.

## 5. CRONOGRAMA

EVENTO	PERÍODO	LOCAL/SITE
Publicação de Edital	10/09/2019	<a href="http://www.uepb.edu.br/">http://www.uepb.edu.br/</a> e <a href="http://proreitorias.uepb.edu.br/proest/">http://proreitorias.uepb.edu.br/proest/</a>
Inscrições presenciais	17/09/2019 a 19/09/2019	Campus I: PROEST
Publicação do Resultado Preliminar	20/09/2019	<a href="http://proreitorias.uepb.edu.br/proest/">http://proreitorias.uepb.edu.br/proest/</a>
Recurso do Resultado Preliminar	23/09/19	Campus I: PROEST.
Resultado Final (Homologado)	26/09/19	<a href="http://proreitorias.uepb.edu.br/proest/">http://proreitorias.uepb.edu.br/proest/</a>
Entrega dos Instrumentais e Articuladores	27/09/19 e 30/09/19	Campus I: PROEST.

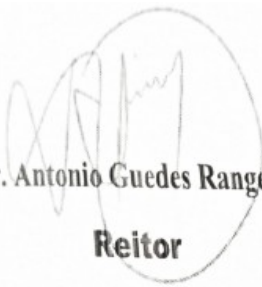
## 6. DAS DISPOSIÇÃO FINAIS

- 6.1. É importante consultar frequentemente o site da UEPB/PROEST, onde constarão informações importantes a respeito dos programas de assistência estudantil.

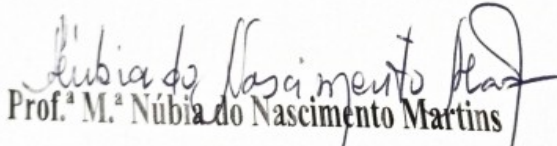
6.2. A equipe da PROEST reserva-se ao direito de realizar entrevista individual; fazer visita domiciliar; bem como solicitar, a qualquer tempo, outros documentos adicionais aos citados neste edital para solucionar quaisquer dúvidas ou obter esclarecimentos julgados necessários.

6.3. Os casos omissos ou duvidosos serão avaliados pela Pró-Reitoria Estudantil (PROEST), consultadas outras instâncias, conforme o caso.

Campina Grande – PB, 10 de setembro de 2019.



Prof. Dr. Antonio Guedes Rangel Junior  
**Reitor**



Prof.ª M.ª Núbia do Nascimento Martins

## ANEXO I

### **RELAÇÃO DE DOCUMENTOS EXIGIDOS**

1. Leia com muita atenção todo o presente Edital;
2. Os documentos descritos neste Edital não são obrigatórios para todo e qualquer estudante candidato: a obrigatoriedade de cada um deles depende da situação específica de cada estudante em particular;
3. Deverão ser apresentadas **CÓPIA E ORIGINAIS** ou **CÓPIAS AUTENTICADAS** da documentação do **CANDIDATO** e **DEMAIS MEMBROS DO NÚCLEO FAMILIAR** residentes no mesmo domicílio;
4. Só será levada em consideração a informação que estiver comprovada por meio de documentos;
5. A solicitação de vaga no PROGRAMA poderá vir a ser negada por falta de documentos que comprovem as informações prestadas;
6. É importante que os documentos sejam organizados (identificação e renda) de cada pessoa do grupo familiar.
7. Toda e qualquer renda deve ser informada, mesmo que sua comprovação não esteja expressamente solicitada neste Edital;
8. A documentação está apresentada abaixo na forma de CHECKLIST visando auxiliar a conferência da documentação a ser apresentada.

<b>CONFERÊNCIA DE DOCUMENTOS</b>	<b>DOCUMENTO</b>	<b>PARA QUAIS PESSOAS / SITUAÇÃO</b>	<b>OBSERVAÇÕES</b>
1. ( )	Ficha de Inscrição	Somente o estudante.	
2. ( )	Justificativa da necessidade de inclusão no Programa	Somente o estudante.	
3. ( )	Foto 3x4	Somente do estudante.	
4. ( )	Registro de matrícula (RDM)	Somente do estudante.	
5. ( )	Histórico Escolar da UEPB	Somente do estudante.	Apenas para estudantes veteranos.
6. ( )	Carteira de Identidade	Todas as pessoas do grupo familiar.	Como documento de identidade serão aceitos: RG e a Carteira de Habilitação (CNH).
7. ( )	Cadastro de Pessoa Física (CPF)	Todas as pessoas do grupo familiar <b>MAIORES</b> de 18 anos.	Caso o número do CPF conste no documento de identidade ou Carteira de Habilitação (CNH), a apresentação desse documento é facultativa.
8. ( )	Registro de Nascimento	Todas as pessoas do grupo familiar <b>MENORES</b> de 18 anos.	Caso não possua Carteira de Identidade.
9. ( )	Certidão de casamento	Pais ou Responsáveis e Estudante.	Com averbação de divórcio quando for o caso.
10. ( )	Declaração de união estável	Todas as pessoas do grupo familiar com união conjugal não oficializada.	Caso possua esta Declaração registrada em cartório.
11. ( )	Certidão de óbito	Estudante com pai, mãe e/ou responsáveis falecidos.	
12. ( )	Comprovante de residência atualizado	Residência do grupo familiar.	O documento deve conter endereço do imóvel, legível.
13. ( )	Comprovante de residência atualizado	Residência do estudante.	O documento deve conter endereço do imóvel, legível.
14. ( )	Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS)	Todas as pessoas do grupo familiar maiores de 18.	Apresentar páginas da foto, dos dados pessoais, do último contrato de trabalho assinado e da próxima, em branco. Caso não haja registros, comprovar com as duas primeiras páginas de contrato de trabalho em branco. Caso o documento tenha sido perdido/roubado deverá ser

			apresentado Boletim de Ocorrência. Caso não possua este documento deverá apresentar declaração de ausência de carteira de trabalho.
15. ( )	Contracheque atualizado (no máximo 2 meses)	Todas as pessoas do grupo familiar que receberam remuneração de trabalho assalariado.	
16. ( )	Declaração de Renda	Todas as pessoas do grupo familiar que possuem renda.	Documento obrigatório para todos do grupo familiar que possuem renda formal ou informal (ANEXO IV).
17. ( )	Declaração de Ausência de renda	Todas as pessoas do grupo familiar maiores de 18 anos.	Documento obrigatório para todos do grupo familiar que não possuem renda (ANEXO IV).
18. ( )	Declaração de Doação	Todas as pessoas do grupo familiar que recebem doação em espécie ou produtos de parentes ou terceiros.	No caso de doação na forma de produtos, calcular o valor médio mensal dos produtos (ANEXO V).
19. ( )	Contrato de estágio/bolsa acadêmica ou declaração da instituição de ensino, informando o valor mensal da remuneração	Todas as pessoas do grupo familiar que recebem remuneração de estágio ou de bolsa acadêmica.	
20. ( )	Declaração de Imposto de Renda atual	Todas as pessoas do grupo familiar declarantes de imposto de renda.	
21. ( )	Imposto Territorial Rural (ITR) atualizado	Para pessoas que residam em imóvel rural.	Do documento deverão constar: nome do proprietário e endereço do imóvel, legíveis. No caso do ITR não ser no nome do familiar, apresentar contrato de parceria ou comodato
22. ( )	Declaração sindicato dos trabalhadores rurais ou pescadores	Todas as pessoas do grupo familiar que forem agricultores, pescadores ou exerçam atividades afins.	No documento deverão constar: nome do proprietário, endereço do imóvel, o que produz e a renda mensal excluído os valores dos programas sociais.
23. ( )	Guia ou Extrato de Pagamento do benefício da aposentadoria atualizado	Todas as pessoas do grupo familiar beneficiários de aposentadoria.	No documento deve constar o valor exato do benefício (sem descontos)
24. ( )	Cartão do Benefício da aposentadoria.	Todas as pessoas do grupo familiar beneficiários de aposentadoria.	
25. ( )	Guia ou Extrato de Pagamento de pensão atualizada	Todas as pessoas do grupo familiar que recebem pensão.	No documento deve constar o valor exato do benefício (sem descontos)
26. ( )	Cartão do Benefício da Pensão.	Todas as pessoas do grupo familiar beneficiários de pensão.	
27. ( )	Extrato do Programa Bolsa Família atualizado	Para famílias beneficiárias do Programa.	No documento deve constar o valor exato do benefício (sem descontos)
28. ( )	Cartão magnético do Bolsa Família	Para famílias beneficiárias do Programa.	

**ANEXO II**



**SERVIÇO PÚBLICO ESTADUAL  
UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA**

**PRÓ-REITORIA ESTUDANTIL**



**FOTO 3X4**

**FICHA DE INSCRIÇÃO**

**EMPRÉSTIMO AO QUAL DESEJA CONCORRER**

INSTRUMENTAIS ODONTOLÓGICOS

ARTICULADOR

**DADOS PESSOAIS DO ALUNO**

NOME \_\_\_\_\_

NASCIMENTO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ SEXO ( ) M ( ) F ESTADO CIVIL \_\_\_\_\_

NACIONALIDADE \_\_\_\_\_ NATURALIDADE \_\_\_\_\_

RG \_\_\_\_\_ ÓRGÃO EMISSOR \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_

CPF \_\_\_\_\_ OCUPAÇÃO \_\_\_\_\_ RENDA BRUTA R\$ \_\_\_\_\_

**ENDEREÇO ATUAL DO ALUNO**

RUA \_\_\_\_\_ NÚMERO \_\_\_\_\_

BAIRRO \_\_\_\_\_ COMPLEMENTO \_\_\_\_\_

CIDADE \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_

( ) CASA ( ) APTO ( ) PENSÃO ( ) OUTRO MORA SOZINHO? ( ) SIM ( ) NÃO

( ) PRÓPRIO ( ) ALUGADO/VALOR R\$ \_\_\_\_\_ – DIVIDE COM QUANTAS PESSOAS? \_\_\_\_\_

PONTO DE REFERÊNCIA \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_

**1º TELEFONE COM DDD**

**2º TELEFONE COM DDD**

**DADOS ACADÊMICOS DO ALUNO**

CURSO \_\_\_\_\_ MATRÍCULA \_\_\_\_\_

CAMPUS \_\_\_\_\_ TURNO \_\_\_\_\_ CRE \_\_\_\_\_

**BOLSISTA (ESTÁGIO, PIBIC, PIBID, EXTENSÃO, MONITORIA ETC.)? ( ) SIM ( ) NÃO**

01 – PROJETO/ESTÁGIO \_\_\_\_\_ VALOR DA BOLSA R\$ \_\_\_\_\_

02 – PROJETO/ESTÁGIO \_\_\_\_\_ VALOR DA BOLSA R\$ \_\_\_\_\_

03 – PROJETO/ESTÁGIO \_\_\_\_\_ VALOR DA BOLSA R\$ \_\_\_\_\_

**DADOS DO NÚCLEO FAMILIAR****TOTAL DE MEMBROS, DO NÚCLEO FAMILIAR, INCLUINDO O ALUNO [                ]****COMPOSIÇÃO DO NÚCLEO FAMILIAR (EXCLUINDO O ALUNO)**

<b>PRIMEIRO NOME</b>	<b>CPF</b>	<b>IDADE</b>	<b>PARENTESCO</b>	<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>ESCOLARIDADE</b>	<b>OCUPAÇÃO</b>	<b>RENDA MENSAL BRUTA</b>

**NOME DO PAI / PADRASTO / CÔNJUGE / COMPANHEIRO / RESPONSÁVEL**

\_\_\_\_\_ **SEXO** ( ) M ( ) F      **EST. CIVIL** \_\_\_\_\_

**ENDEREÇO** \_\_\_\_\_ **É ENDEREÇO DO NÚCLEO FAMILIAR** ( )

**RUA** \_\_\_\_\_ **NÚMERO** \_\_\_\_\_

**BAIRRO** \_\_\_\_\_ **COMPLEMENTO** \_\_\_\_\_

**CIDADE** \_\_\_\_\_ **ESTADO** \_\_\_\_\_

( ) CASA    ( ) APTO    ( ) PENSÃO    ( ) OUTRO / ( ) PRÓPRIO    ( ) ALUGADO/VALOR R\$ \_\_\_\_\_

**PONTO DE REFERÊNCIA** \_\_\_\_\_

**E-MAIL** \_\_\_\_\_

**1º TELEFONE COM DDD**

**2º TELEFONE COM DDD**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**OCUPAÇÃO/BENEFÍCIO ASSISTENCIAL**

**APOSENTADO** ( )    **PENSIONISTA** ( )    **OUTRO** ( ) ESPECIFICAR \_\_\_\_\_

**ATIVIDADE REMUNERADA**                      **SALÁRIO BRUTO**                      **LOCAL DE TRABALHO**  
01- \_\_\_\_\_ R\$ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

**ATIVIDADE REMUNERADA**                      **SALÁRIO BRUTO**                      **LOCAL DE TRABALHO**  
02- \_\_\_\_\_ R\$ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

**ATIVIDADE REMUNERADA**                      **SALÁRIO BRUTO**                      **LOCAL DE TRABALHO**  
03- \_\_\_\_\_ R\$ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_



BENEFÍCIO ASSISTENCIAL (BOLSA FAMÍLIA, AUXÍLIO-DOENÇA, PENSÃO ETC.)

VALOR BRUTO

01- \_\_\_\_\_  
R\$ \_\_\_\_\_

01- \_\_\_\_\_  
R\$ \_\_\_\_\_

01- \_\_\_\_\_  
R\$ \_\_\_\_\_

**NOME DA MÃE / MADRASTA / CÔNJUGE / COMPANHEIRO / RESPONSÁVEL**

\_\_\_\_\_ **SEXO** ( ) M ( ) F **EST. CIVIL** \_\_\_\_\_

**ENDEREÇO**

É ENDEREÇO DO NÚCLEO FAMILIAR ( )

RUA \_\_\_\_\_ NÚMERO \_\_\_\_\_

BAIRRO \_\_\_\_\_ COMPLEMENTO \_\_\_\_\_

CIDADE \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_

( ) CASA ( ) APTO ( ) PENSÃO ( ) OUTRO / ( ) PRÓPRIO ( ) ALUGADO/VALOR R\$ \_\_\_\_\_

PONTO DE REFERÊNCIA \_\_\_\_\_

**E-MAIL** \_\_\_\_\_

**1º TELEFONE COM DDD**

**2º TELEFONE COM DDD**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**OCUPAÇÃO/BENEFÍCIOS ASSISTENCIAIS**

APOSENTADO ( ) PENSIONISTA ( ) OUTRO ( ) ESPECIFICAR \_\_\_\_\_

ATIVIDADE REMUNERADA	SALÁRIO BRUTO	LOCAL DE TRABALHO
01- _____	R\$ _____	_____

ATIVIDADE REMUNERADA	SALÁRIO BRUTO	LOCAL DE TRABALHO
02- _____	R\$ _____	_____

ATIVIDADE REMUNERADA	SALÁRIO BRUTO	LOCAL DE TRABALHO
03- _____	R\$ _____	_____

BENEFÍCIO ASSISTENCIAL (BOLSA FAMÍLIA, AUXÍLIO-DOENÇA, PENSÃO ETC.)

VALOR BRUTO

01- \_\_\_\_\_  
R\$ \_\_\_\_\_

01- \_\_\_\_\_  
R\$ \_\_\_\_\_

01- \_\_\_\_\_  
R\$ \_\_\_\_\_

**SITUAÇÃO DE SAÚDE DO NÚCLEO FAMILIAR**

**SERVIÇO DE SAÚDE QUE UTILIZA**

PÚBLICO (SUS) [ ] PARTICULAR [ ] PLANO DE SAÚDE [ ] MISTO (SUS/CONVÊNIOS DE SAÚDE) [ ]

GASTO ANUAL COM CONSULTA/PLANO R\$ \_\_\_\_\_ GASTO ANUAL COM MEDICAMENTOS R\$ \_\_\_\_\_  
GASTO ANUAL COM APARELHO/EQUIPAMENTO/TERAPIA R\$ \_\_\_\_\_

NÚMERO DE MEMBROS COM DEFICIÊNCIA E/OU DOENÇA CRÔNICA [       ]

NOME \_\_\_\_\_ DOENÇA/DEFICIÊNCIA \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_ DOENÇA/DEFICIÊNCIA \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_ DOENÇA/DEFICIÊNCIA \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_ DOENÇA/DEFICIÊNCIA \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_ DOENÇA/DEFICIÊNCIA \_\_\_\_\_

**SITUAÇÃO FINANCEIRA FAMILIAR**

QUANTOS MEMBROS, DO NÚCLEO FAMILIAR, TRABALHAM? [       ]

TIPO DO RENDIMENTO QUE COMPÕE A RENDA DO NÚCLEO FAMILIAR

( ) MESADA/VALOR R\$ \_\_\_\_\_ ( ) DOAÇÃO DE PARENTES OU AMIGOS/VALOR R\$ \_\_\_\_\_

( ) ALUGUEL/VALOR R\$ \_\_\_\_\_ ( ) ARRENDAMENTO/VALOR R\$ \_\_\_\_\_

( ) PROGRAMAS DE TRANSFERÊNCIA DE RENDA (B. FAMÍLIA, SEGURO SAFRA ETC.)/VALOR R\$ \_\_\_\_\_

( ) OUTRO – ESPECIFICAR \_\_\_\_\_ /VALOR R\$ \_\_\_\_\_

VALOR DA RENDA FAMILIAR

VALOR DA RENDA PER CAPITA

R\$ \_\_\_\_\_

R\$ \_\_\_\_\_

**DISPOSIÇÕES FINAIS**

1. Estou ciente de que o preenchimento deste formulário, não significa deferimento de qualquer benefício;
2. Estou ciente e de acordo com as condições estabelecidas neste Edital e na Resolução que o orienta;
3. Assumo inteira responsabilidade pelas informações prestadas e declaro estar ciente das penalidades cabíveis previstas no Art. 299 do Código Penal Brasileiro, o qual afirma ser crime: “Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante”;
4. **DECLARO** que todas as informações e os documentos apresentados são verídicos, estando ciente da **RESPONSABILIZAÇÃO ADMINISTRATIVA, CIVIL E PENAL**, por qualquer informação ou documentação falsa.

\_\_\_\_\_  
Local

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Requerente

\_\_\_\_\_  
Visto do Servidor

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Data do Recebimento

**ANEXO III**

**JUSTIFICATIVA DA NECESSIDADE DE INCLUSÃO NO PROGRAMA**

Large rectangular area with horizontal lines for text entry.

\_\_\_\_\_ **Local**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
**Data**

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do Requerente**

**ANEXO IV**

**DECLARAÇÃO DE COMPROVAÇÃO DE RENDA**

Nome

Nacionalidade

Eu, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_,  
Estado civil Órgão Emissor

\_\_\_\_\_, portador(a) do RG N° \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ e inscrito(a) no

CPF \_\_\_\_\_ sob N° \_\_\_\_\_, residente e domiciliado  
Rua, Avenida, travessa, etc. Complemento

\_\_\_\_\_, N° \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Bairro \_\_\_\_\_, na cidade de \_\_\_\_\_, Estado \_\_\_\_\_,

**DECLARO**, para fins de COMPROVAÇÃO DE RENDA junto à UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA, que **NÃO POSSUO OUTRA RENDA** além da(s) DISCRIMINADA(S) NESTA DECLARAÇÃO:

**NÃO POSSUO FONTE DE RENDA, PORTANTO, NADA A DECLARAR.**

<b>FONTE DA RENDA: Profissão, Benefício, Bolsas, Bicos, etc.</b>	<b>VALOR RECEBIDO</b>
	R\$:
	R\$:
	R\$:
	R\$:
	R\$:

**NÃO POSSUO CARTEIRA DE TRABALHO.**

**Assino a presente DECLARAÇÃO responsabilizando-me pelo seu conteúdo e estando ciente das penalidades da lei (penal, civil e administrativa).**

\_\_\_\_\_  
Local

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura do declarante

## ANEXO V

### DECLARAÇÃO DE DOAÇÃO

Nome

Nacionalidade

Eu, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_,  
Estado civil Órgão Emissor

\_\_\_\_\_, portador(a) do RG N° \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ e inscrito(a)

no CPF sob N° \_\_\_\_\_, residente e domiciliado  
Rua, Avenida, travessa, etc. Complemento

\_\_\_\_\_, N° \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ Bairro

\_\_\_\_\_, na cidade de \_\_\_\_\_, Estado \_\_\_\_\_, **DECLARO,**

para fins de COMPROVAÇÃO DE RENDA junto à UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA, que recebo a doação (dinheiro e/ou produtos) abaixo detalhada:

NOME DO DOADOR	FREQUÊNCIA: mensal, anual, etc.	VALOR RECEBIDO
		R\$:
		R\$:
		R\$:
		R\$:
		R\$:

**Assino a presente DECLARAÇÃO responsabilizando-me pelo seu conteúdo e estando ciente das penalidades da lei (penal, civil e administrativa).**

\_\_\_\_\_  
Local

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura do declarante