



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

**UFCSPA**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE

## ANEXO 14.1

### AUTORIZAÇÃO/ PROCURAÇÃO

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 emissão de relatório do **Cadastro de Clientes do Sistema Financeiro (CCS)** referente ao registro de cada um de nós, 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 qual a UFCSPA utilizará e analisará tais informações, qual seja: a apuração da renda bruta mensal familiar *per capita* da candidata inscrita/ do candidato inscrito no Edital de abertura do processo de seleção para a concessão de auxílios do Programa de Assistência Estudantil 2019.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018.

[Identificação do Grupo Familiar]

Nome da CANDIDATA/ do CANDIDATO		
Identidade nº	CPF nº	Profissão
Nacionalidade	Data Nascimento	Estado Civil
Nome da Mãe		
ASSINATURA (conforme documento apresentado):		
Nome e assinatura do REPRESENTANTE LEGAL (caso o familiar seja relativa ou absolutamente incapaz):		

Nome do FAMILIAR		
Identidade nº	CPF nº	Profissão
Nacionalidade	Data Nascimento	Estado Civil
Nome da Mãe		
ASSINATURA (conforme documento apresentado):		
Nome e assinatura do REPRESENTANTE LEGAL (caso o familiar seja relativa ou absolutamente incapaz):		

Nome do FAMILIAR		
Identidade nº	CPF nº	Profissão
Nacionalidade	Data Nascimento	Estado Civil
Nome da Mãe		
ASSINATURA (conforme documento apresentado):		
Nome e assinatura do REPRESENTANTE LEGAL (caso o familiar seja relativa ou absolutamente incapaz):		



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

**UFCSPA**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE

Nome do FAMILIAR		
Identidade nº	CPF nº	Profissão
Nacionalidade	Data Nascimento	Estado Civil
Nome da Mãe		
ASSINATURA (conforme documento apresentado):		
Nome e assinatura do REPRESENTANTE LEGAL (caso o familiar seja relativa ou absolutamente incapaz):		

Nome do FAMILIAR		
Identidade nº	CPF nº	Profissão
Nacionalidade	Data Nascimento	Estado Civil
Nome da Mãe		
ASSINATURA (conforme documento apresentado):		
Nome e assinatura do REPRESENTANTE LEGAL (caso o familiar seja relativa ou absolutamente incapaz):		

Nome do FAMILIAR		
Identidade nº	CPF nº	Profissão
Nacionalidade	Data Nascimento	Estado Civil
Nome da Mãe		
ASSINATURA (conforme documento apresentado):		
Nome e assinatura do REPRESENTANTE LEGAL (caso o familiar seja relativa ou absolutamente incapaz):		

Nome do FAMILIAR		
Identidade nº	CPF nº	Profissão
Nacionalidade	Data Nascimento	Estado Civil
Nome da Mãe		
ASSINATURA (conforme documento apresentado):		
Nome e assinatura do REPRESENTANTE LEGAL (caso o familiar seja relativa ou absolutamente incapaz):		