



Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre – UFCSPA

## AUTORIZAÇÃO/ PROCURAÇÃO REGISTRATO

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* do (a) candidato (a) inscrito no Edital de abertura do processo de seleção para a concessão de auxílios do Programa de Auxílio Estudantil da UFCSPA.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021.

[Identificação do Grupo Familiar]

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

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

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



Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre – UFCSPA

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

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

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

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