



**MINISTÉRIO DAS RELAÇÕES EXTERIORES**  
DIREÇÃO GERAL CULTURAL  
DIVISÃO DE TEMAS EDUCACIONAIS



**PROGRAMA DE ESTUDANTES—CONVÊNIO DE GRADUAÇÃO – PEC–G**

Pedido de Bolsa Mérito

Renovação: SIM ☐ NÃO ☐

| DADOS PESSOAIS DO ESTUDANTE—CONVÊNIO                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                       |                                                                |                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| NOME:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                       | SEXO: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>    |                                         |
| DATA DE NASCIMENTO: __/__/__                                                                                                                                                                                                                                                                                         | LOCAL DE NASCIMENTO:                                  | PAÍS:                                                          |                                         |
| ESTADO CIVIL:<br><input type="checkbox"/> SOLTEIRO<br><input type="checkbox"/> CASADO<br><input type="checkbox"/> DIVORCIADO                                                                                                                                                                                         | NACIONALIDADE:                                        | e-m@il:                                                        |                                         |
| NOME DO CÔNJUGE:                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                       | DEPENDENTES: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |                                         |
| ENDEREÇO RESIDENCIAL NO BRASIL:                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                       |                                                                |                                         |
| CIDADE:                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | UF: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | CEP: _____ - _____                                             | TELEFONE: (____) _____ - _____          |
| DADOS BANCÁRIOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                       | SITUAÇÃO CONSULAR                                              |                                         |
| CPF: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                       | N.º DO PASSAPORTE:                                             | VALIDADE: __/__/__                      |
| BANCO: _____ Nº DO BANCO: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                       | TIPO DE VISTO:                                                 | DATA EM QUE O VISTO EXPIRA:<br>__/__/__ |
| N.º DA AGÊNCIA: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                       |                                                                |                                         |
| N.º DA CONTA CORRENTE: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                       |                                                                |                                         |
| DADOS DOS FAMILIARES                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                       |                                                                |                                         |
| ENDEREÇO RESIDENCIAL NO PAÍS DE ORIGEM:                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                       | CEP: _____ - _____                                             |                                         |
| MUNICÍPIO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | ESTADO/PROVÍNCIA:                                     | TELEFONE:<br>+ (____) _____ - _____                            |                                         |
| NOME DA MÃE:                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                       |                                                                |                                         |
| NOME DO PAI:                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                       |                                                                |                                         |
| FONTE FINANCIADORA                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                       |                                                                |                                         |
| FONTE FINANCIADORA: <input type="checkbox"/> FAMILIARES <input type="checkbox"/> PRÓPRIO GOVERNO <input type="checkbox"/> ORGANISMO INTERNACIONAL <input type="checkbox"/> OUTRA (especificar):                                                                                                                      |                                                       |                                                                |                                         |
| ENDEREÇO DA FONTE FINANCIADORA:                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                       | PAÍS:                                                          | TELEFONE:<br>+ (____) _____ - _____     |
| HOVE INTERRUPTÃO DO PAGAMENTO DO AUXÍLIO?<br>SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                               |                                                       | VALOR MÉDIO MENSAL RECEBIDO, EM DÓLARES:<br>US\$               |                                         |
| ASSINATURA DO CANDIDATO (DECLARO SEREM CORRETAS AS AFIRMAÇÕES PRESTADAS):                                                                                                                                                                                                                                            |                                                       |                                                                | LOCAL & DATA:                           |
| SITUAÇÃO ACADÊMICA<br>(A SER PREENCHIDO PELO RESPONSÁVEL PELO PEC–G NA IES)                                                                                                                                                                                                                                          |                                                       |                                                                |                                         |
| IES:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | CURSO & HABILITAÇÃO (se houver)                       | SEMESTRE & ANO DE INÍCIO:                                      |                                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                       | SEMESTRE & ANO DE PROVÁVEL CONCLUSÃO:                          |                                         |
| NOME DO RESPONSÁVEL PELO PEC–G NA IES:                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                       | e-m@il:                                                        | CARGO:                                  |
| DATA: __/__/__                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | ASSINATURA DO RESPONSÁVEL:                            |                                                                |                                         |
| OBSERVAÇÕES                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                       |                                                                |                                         |
| <b>1. Todos os campos devem ser preenchidos;</b><br><b>2. Anexar histórico escolar atualizado, cópia do RNE e termo de compromisso.</b><br><b>3. Incluir também cópia de certificados de atividades extracurriculares, se houver.</b><br><b>4. Caso seja concedida, a bolsa terá duração de 6 meses, renováveis.</b> |                                                       |                                                                |                                         |