PROGRAMA BENEFICIO EVENTUAL





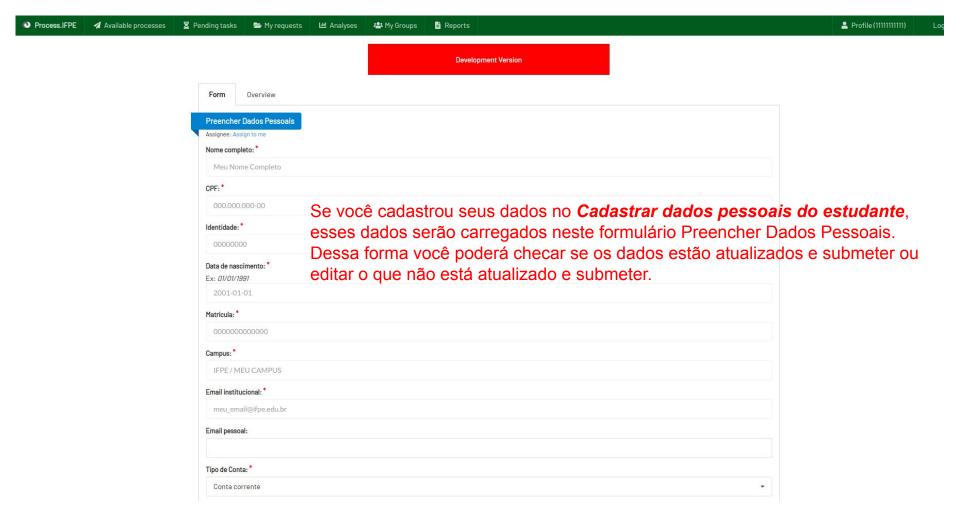




Available actions



Assim que a Solicitação Benefício Eventual aparecer nos seus processos disponíveis, você deve iniciá-la.



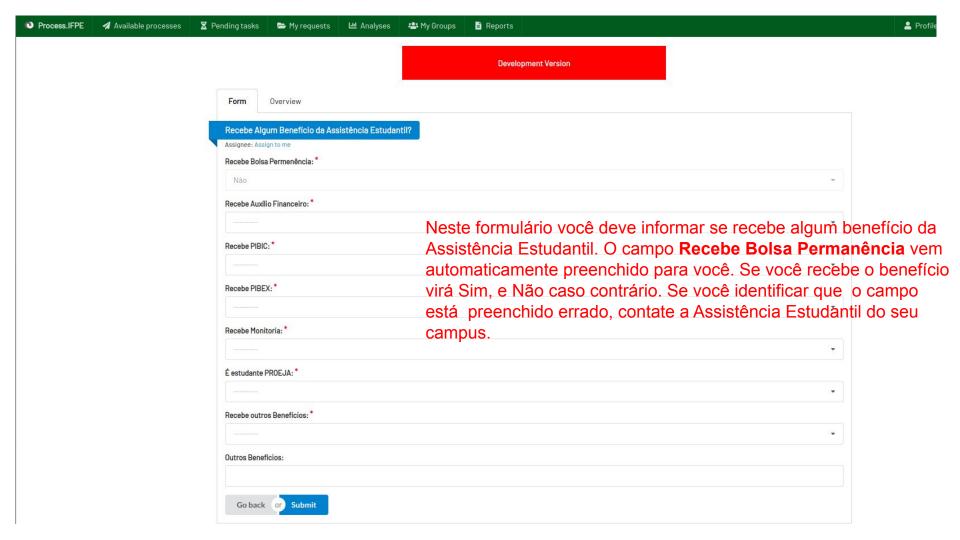


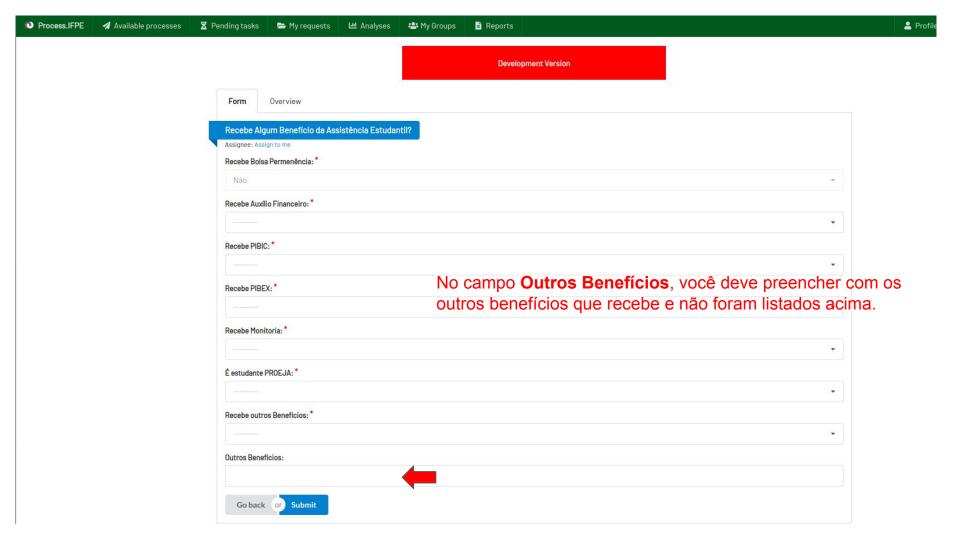
Email pessoal:

Tipo de Conta: *

Conta corrente

	Banco: *				
	BANCO DO BRASIL S.A.	•	*		
	Número da Agência: *				
	0000-0				
	Número da Conta: * Caso sua conta seja da Caixa, coloque o tipo da operação antes do número na conta. EX: 013 00001-9.				
	00000-0				
	ato ou cópia do cartão: *				
	Choose File copia_cartao.png				
	Endereço: *				
	Informe o nome da rua e o número. Ex: Avenida Boa Viagem, 3232				
	Nome da minha rua, meu número e complemento (se tiver)	Se sua conta for da Caixa, fique a	tento a instrução do		
	CEP:*	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	_		
	00000-000	preenchimento do número da cont			
	Bairro: *	deve ser colocada junto com o núi	mero da conta.		
	Meu Bairro				
	Cidade: *				
	Minha Cidade				
	Estado: *				
	Meu Estado				
	Telefone: *				
	(81)000000000				
	Submit				



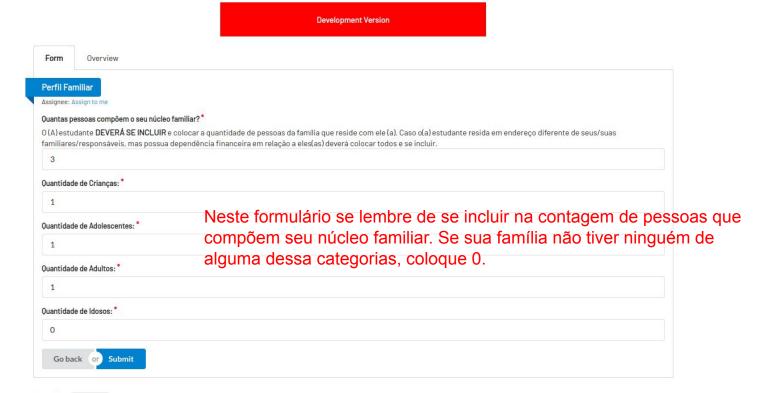








Timeline 13 events



Perfil Saúde Familiar	
Assignee: Assign to me Quantas pessoas em sua residência têm a	gravos de saúde/doenças crônicas não transmissíveis (Asma, Rinite Alérgica, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, entre outras)/transtornos:
2	
Doenças cardiovasculares/hipertensão: *	
0	
Cânceres: *	Se você possui familiares com agravo, liste a quantidade de pessoas e o agravo. Exemplo: se
2	duas pessoas da sua família estão com câncer, coloque 2 no campo Quantas pessoas em
Doenças respiratórias crônicas: *	sua Residência têm agravos de Saúde, 2 no campo Cânceres e 0 nos outros campos com
0	exceção do último.
Diabetes: *	
0	
Tabagismo: *	
0	
Uso abusivo/nocivo do álcool: *	
0	
Uso abusivo de outras drogas: *	
0	
Transtornos alimentares: *	
0	
Transtornos mentais: *	
0	
Quantas pessoas com deficiência e/ou nec	cessidades educacionais específicas: *
0	
Especifique aqui se você possui familiares	Você preencherá o último campo, caso tenha familiares com agravos que não foram listados acima.
Go back or Submit	Torain listagos acima.

Perfil Financeiro	
Assignee: Assign to me	
Faixa de renda familiar: *	
Até 1 Salário Mínimo (Até R\$ 1.045,00)	·
Você é dependente? : *	
Sim	17.
Quantas pessoas em sua residência são Trabalhadores/as formais: *	
0	
Quantas pessoas em sua residência são Trabalhadores/as informais: *	
1	
Quantas pessoas em sua residência são Trabalhadores/as Autônomos: *	
Coloque 0 nas origens de renda que não s	se anlicam a sua família
Quantas pessoas em sua residência estão Desempregados/as: *	se aplicam a saa familia.
0	
Quantas pessoas em sua residência são Trabalhadores/as Rurais: *	
0	
Quantas pessoas em sua residência são Aposentados/as:	
0	
Quantas pessoas em sua residência são Pensionistas: *	
0	
Especifique outra(s) origem(ns) da renda:	rondo do que famílio não for listada
No Perfil Financeiro se parte(ou toda) a origem da r	
acima, especifique no campo Especifique outra(s)	origem(ns) da renda.

PRONTO! SE VOCÊ CHEGOU ATÉ AQUI, SUA SOLICITAÇÃO FOI CONCLUÍDA.

Você será informado se receberá ou não o benefício no seu email acadêmico.

Confira o calendário do Programa no site e nas redes sociais do seu *campus*.



ATENÇÃO

- Se você fez uma solicitação do Benefício eventual que se encontra em AGUARDAR DISPONIBILIDADE ORÇAMENTÁRIA, você só poderá fazer novas solicitações quando essa for atendida;
- Se você fez uma solicitação e não concluiu, no próximo período em que novas solicitações puderem ser feitas você deverá continuar a preencher a solicitação que ficou em aberto;
- Em alguns *campi*, quem recebeu Bolsa Permanência pode não ter acesso ao Benefício eventual.