

Edital Bolsa de Estudo – Empregado SAAE/RJ

Curso de Graduação em Medicina **1º semestre de 2025**

A **Fundação Educacional Serra dos Órgãos – FESO**, no uso de suas atribuições institucionais, torna pública as regras para concorrer no **1º semestre de 2025**, a **única bolsa de estudo integral, ofertada para o ano de 2025**, no curso de graduação em **Medicina do UNIFESO**, conforme o Acordo Coletivo de Trabalho 2024/2025, celebrado entre à **Instituição** e o **Sindicato dos Auxiliares de Administração Escolar do Estado do Rio de Janeiro - SAAE/RJ**.

Título I

Normas Gerais

Artigo 1º A bolsa de estudo destina-se ao empregado ou seu dependente, após 01 (um) ano de vigência do contrato de trabalho na FESO, aprovado nos processos seletivos no curso de graduação em Medicina, em conformidade com o previsto na Cláusula Oitava do Acordo Coletivo de Trabalho.

Parágrafo único A concessão é limitada a 01 (uma) bolsa de estudo integral para o ano de 2025 e todos os empregados (dependentes) interessados deverão concorrer a esta única bolsa.

Artigo 2º Considerados dependentes os definidos pela legislação Federal, da Receita Federal e do INSS.

Parágrafo único O empregado deve manter o cadastro dos dependentes atualizado junto ao RH da FESO, sob pena de não ser concedida a bolsa no semestre solicitado para o dependente sem cadastro.

Artigo 3º O prazo máximo de utilização da bolsa será equivalente ao período mínimo de integralização do currículo ao qual o estudante estiver vinculado, não sendo admitida a prorrogação deste prazo.

Parágrafo único Caso o estudante beneficiário já esteja matriculado, será deduzido do prazo referido no caput o período por este cursado anteriormente à concessão da bolsa.

Artigo 4º O benefício será cancelado nos seguintes casos:

- I. Cancelamento da matrícula.
- II. Não aprovação no período anterior.
- III. Em caso de demissão do empregado, o benefício será estendido até o final do semestre em curso.

Título II

Das Inscrições e Classificações

Artigo 5º O candidato deverá encaminhar a ficha de inscrição (**anexo 1**), devidamente preenchida e digitalizada, para o e-mail bolsadeestudo@feso.edu.br, até as **17:00** do dia **27/10/2024**.

Parágrafo único O candidato que for **dependente de funcionário** deverá **anexar**, junto a ficha de inscrição, **documentação comprobatória**.

Artigo 6º Critérios de destinação da bolsa:

- I. Empregado da entidade;
- II. Dependente do empregado.

§ 1º Na concessão de gratuidade de ensino ao empregado, serão critérios:

- 1º. Empregado com maior carga horária contratada;
- 2º. Empregado com maior tempo de casa.

§ 2º Na concessão de gratuidade de ensino ao dependente, será critério:

- 1º. Classificação no Processo do Vestibular ou do ENEM, utilizado para ingresso do estudante no curso de Medicina, independente da sua pontuação na prova;
- 2º. Empregado com maior tempo de casa.

Artigo 7º A divulgação do resultado ocorrerá no dia **31/10/2024, às 11:00**, no Setor de Bolsa de Estudo.

Artigo 8º A inscrição resulta na total aceitação das normas contidas neste Edital e no Acordo Coletivo de Trabalho.

Título III **Da Matrícula**

Artigo 9º O empregado ou dependente **aprovado neste edital** deverá apresentar, no **Setor de Bolsa de Estudo**, no **campus SEDE**, no dia **31/10/2024**, das **14:00 às 17:00**, formulário e documentação disponível no site da FESO: <https://www.unifeso.edu.br/pdf/beneficios/06df5c1ce3ec93065de3bc8d46ff42c5.pdf>

Artigo 10 O empregado ou dependente **aprovado** deverá efetuar a sua matrícula ou rematrícula, de acordo com o cronograma estabelecido pela FESO.

Título IV **Da Proteção de Dados**

Artigo 11 Ao realizar a inscrição nos termos deste Edital, o candidato concorda com o tratamento, pela Fundação Educacional Serra dos Órgãos - FESO, Mantenedora do Centro Universitário Serra dos Órgãos – UNIFESO, dos seus dados pessoais fornecidos, autorizando a coleta, o tratamento, a conservação e utilização de tais dados para os fins necessários à execução deste Edital, bem como a transferência dos dados pessoais a outras entidades mantidas pela FESO, a fim de viabilizar o cumprimento deste Edital.

§ 1º A FESO se compromete perante os candidatos, salvo impedimento legal, a salvaguardar todos os direitos dos titulares dos dados, previstos na Lei Geral de Proteção de Dados nº 13.709/2018.

§ 2º A FESO vai seguir as disposições referentes à segurança e boas práticas da legislação vigente no que tange a proteção dos dados pessoais por ela tratados e por todas as suas Mantidas e tomará as medidas cabíveis aptas a proteger os dados pessoais de acessos não autorizados ou de qualquer forma de tratamento inadequado ou ilícito, com o objetivo de assegurar o nível de segurança devido aos dados pessoais decorrentes deste Edital.

Título V
Disposições Finais

Artigo 12 Casos omissos neste Edital serão avaliados pelo Conselho Diretor da FESO.

Artigo 13 Em caso de não preenchimento da bolsa pelos candidatos classificados até o período estipulado neste Edital, os candidatos reclassificados deverão contatar o Setor de Bolsa de Estudo, no mesmo dia da divulgação da reclassificação, para concorrerem à bolsa, cumprindo todos os critérios estipulados neste Edital.

Artigo 14 Estão excluídos do disposto neste Edital os candidatos reclassificados para ingresso em semestre subsequente ao 1º semestre de 2025.

Artigo 15 O empregado ou dependente poderá dirimir dúvidas junto ao Setor de Bolsa de Estudo pelo telefone (21) 2641-7076 ou pelo e-mail bolsadeestudo@feso.edu.br.

Teresópolis, 09 de setembro de 2024.

Prof. Luis Eduardo Possidente Tostes
Diretor Geral da FESO



ANEXO 01

FICHA DE INSCRIÇÃO

BOLSA DE ESTUDO - FUNCIONÁRIO E/OU DEPENDENTE

Curso: _____ Semestre: _____ Ano: _____

DADOS PESSOAIS:

Nome: _____

CPF: _____ - _____ Estado Civil: _____ Data de Nasc.: ____/____/____

Tel.: (____) _____ E-mail: _____

INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Nome do funcionário (a) da FESO: _____

Função: _____ Grau de parentesco: _____

FONTES DE RENDA MENSAL:

RENDA FAMILIAR (soma de toda a RENDA BRUTA da família no mês): R\$ _____

GRUPO FAMILIAR (quantidade TOTAL de pessoas): _____

RENDA FAMILIAR PER CAPITA: (divisão da RENDA FAMILIAR pelo GRUPO FAMILIAR) R\$ _____

Declaro para fins de comprovação que tais dados são verídicos. Estando ciente que este formulário não será analisado caso não esteja totalmente preenchido.

Teresópolis, ____/____/____

Assinatura do estudante ou responsável