



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR

**Anexo III**

**FICHA DE AVALIAÇÃO SOCIOECONÔMICA**

**Sugestão de horário para entrevista**

Manhã ( ) Tarde ( )

<b>FICHA DE AVALIAÇÃO SOCIOECONÔMICA PARA ASSISTÊNCIA ESTUDANTIL</b>			
<input type="checkbox"/> Auxílio Acadêmico <input type="checkbox"/> Auxílio Moradia <input type="checkbox"/> PROMISAES <input type="checkbox"/> Outros			
<b>I - IDENTIFICAÇÃO</b>			
Nome:			
Nome social: (Resolução CONSUNI 008/2015)			
Idade:		Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Data de Nascimento	Naturalidade	RG:	CPF
Curso:		Forma de ingresso:	Período:
Nº Matrícula:			Coeficiente:
E-mail:			
Endereço do Discente:			
Rua: _____			
Nº _____ Bairro: _____ Telefone: ( ) _____ ( ) _____			
Ponto _____		de _____	Referência: _____
<b>Estado Civil</b> <input type="checkbox"/> Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viúvo(a) <input type="checkbox"/> União Estável			
Você tem filho(S)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não . Em caso Afirmativo Quantos? _____			
Tem outros dependentes? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não. Em caso afirmativo Quantos? _____			
Possui alguma deficiência?( <input type="checkbox"/> ) Sim <input type="checkbox"/> Não Em caso afirmativo qual? _____			
<b>II - INFORMAÇÕES SOBRE A VIDA ESCOLAR</b>			



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR

Já cursou outra Universidade? ( ) Sim ( ) Não Concluiu ( ) Sim ( ) Não

Se cursou, qual Universidade? \_\_\_\_\_

( ) Pública ( ) Privada Em qual ano parou? \_\_\_\_\_

Qual o motivo? \_\_\_\_\_

Cursou Ensino Médio em escola: ( ) Pública ( ) Privada

Se estudou em escolas particulares, obteve auxílio/bolsa? ( ) Sim ( ) Não

**III - INFORMAÇÕES FAMILIARES**

Nome do Pai (ou pessoa que exerce essa função): \_\_\_\_\_

Endereço (pai): \_\_\_\_\_ Telefone: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Nome da Mãe (ou pessoa que exerce essa função): \_\_\_\_\_

Endereço (mãe): \_\_\_\_\_ Telefone: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Nome do (a) Esposo (a): \_\_\_\_\_ Telefone: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**ESPAÇO RESERVADO PARA O (A) ALUNO (A) JUSTIFICAR A NECESSIDADE DE ASSISTENCIA ESTUDANTIL (preenchimento obrigatório)**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**IV - DADOS SOCIOECONÔMICOS E FINANCEIROS DO (A) CANDIDATO (A)**

**Qual a situação atual da moradia?**

- ( ) Alugado Valor: \_\_\_\_\_  
( ) Cedido ou “de favor”  
( ) Própria  
( ) Outros, Especifique: \_\_\_\_\_

Possui vínculo empregatício: ( ) Sim ( ) Não

Faz atividade acadêmica remunerada na UFAM ou outras Instituições?

( ) Sim ( ) Não

Qual (is): \_\_\_\_\_ Valor (R\$) \_\_\_\_\_

**DESPESAS DO ALUNO/FAMÍLIA**



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR

	Especificação	Valor (R\$)	Quantas pessoa sobrevivem da renda familiar?
Moradia			Nº pessoas : _____
Saúde			
Alimentação			
Educação			
Transporte			
Outros			
Caso a sua família seja atendida por um ou mais programas de transferência de renda, assinale em baixo: ( ) Auxílio Família ( ) BPC – Benefício de Prestação Continuada ( ) PET – Programa de Erradicação do Trabalho Infantil ( ) Outros, Especifique _____			
<b>SITUAÇÕES NO NÚCLEO FAMILIAR</b> (na família existe casos de: ( ) Alcoolismo ( ) Drogadição ( ) Doenças crônicas ( ) Deficiência ( ) Prisão ( ) Violências ( ) Outros, Especifique _____			

**TERMO DE RESPONSABILIDADE**

Assumo inteira responsabilidade pela veracidade das declarações prestadas neste formulário.

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) Discente

**Para o uso do Serviço Social**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

Renda per capita: R\$ \_\_\_\_\_ ( ) DEFERIDO ( ) INDEFERIDO

Assinatura do candidato: \_\_\_\_\_





MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR

---

9										
10										
11										
12										

**TERMO DE RESPONSABILIDADE**

Assumo inteira responsabilidade pela veracidade das declarações prestadas neste formulário.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

---

Assinatura do (a) Discente