

PARA USO DA INSTITUIÇÃO

PERCENTUAL NECESSÁRIO: APROVADO:	COMISSÃO	VOTO	VISTO DE APROVAÇÃO
	REP. FAVC:		

FICHA SOCIOECONÔMICA 2019

DADOS DO CANDIDATO (A)

CURSO:		RA:	SEMESTRE/ANO 2019:
NOME:			
ENDEREÇO:			CEP:
BAIRRO:	CIDADE:		ESTADO:
EMAIL:	TELEFONE:	CELULAR:	
RG:	CPF:	ESTADO CIVIL:	
TRABALHA? () SIM () NÃO	INSTITUIÇÃO:		TELEFONE:
CARGO:		SALÁRIO BRUTO:	
POSSUI OUTRO CURSO DE NÍVEL SUPERIOR? () SIM QUAL _____ () NÃO	POSSUI BOLSA PELA FAVC? () SIM _____% () NÃO	BOLSA DESEJADA PARA 2019 _____%	

DADOS DO CÔNJUGE (CASO O (A) CANDIDATO SEJA CASADO (A))

NOME:			
RG:	CPF:	CELULAR:	
TRABALHA? () SIM () NÃO	INSTITUIÇÃO:		TELEFONE COM:
CARGO:		SALÁRIO BRUTO:	

DADOS DA FAMÍLIA (CASO O CANDIDATO (A) RESIDA COM OS PAIS OU SEJA MANTIDO POR ESTES)

NOME DO PAI:		
RG:	CPF:	CELULAR:
TRABALHA: () SIM () NÃO	INSTITUIÇÃO:	TELEFONE COMERCIAL:
CARGO:	SALÁRIO BRUTO:	
NOME DA MÃE:		
RG:	CPF:	CELULAR:
TRABALHA: () SIM () NÃO	INSTITUIÇÃO:	TELEFONE COMERCIAL:
CARGO:	SALÁRIO BRUTO:	

INFORMAÇÕES DO GRUPO FAMILIAR

Grupo Familiar é a unidade nuclear composta por uma ou mais pessoas, eventualmente ampliada por outras pessoas que contribuam para o rendimento ou tenham suas despesas atendidas por aquela unidade familiar, todas moradoras em um mesmo domicílio.

NOME	PARENTESCO	IDADE	ESCOLARIDADE	ESTADO CIVIL	PROFISSÃO	RENDA (R\$)
TOTAL DA RENDA BRUTA FAMILIAR						
Nº DE PESSOAS DO GRUPO FAMILIAR (INCLUINDO O CANDIDATO)						

SITUAÇÃO DO IMÓVEL DE MORADIA DA FAMÍLIA

() PRÓPRIO () ALUGADO Valor aluguel: R\$ _____ () CEDIDO () FINANCIADO Valor Parcela R\$ _____	
POSSUI IMÓVEIS ALUGADOS? () SIM () NÃO	SE TIVER, QUAL O VALOR DO RENDIMENTO? R\$ _____

BENS DA FAMÍLIA			
POSSUI AUTOMÓVEL? () SIM () NÃO	QUANTOS?	MODELO:	ANO E MARCA:
POSSUI MOTO? () SIM () NÃO	QUANTOS?	MODELO:	ANO E MARCA:
POSSUI TELEFONE FIXO? () SIM () NÃO	QUANTOS?	POSSUI TELEFONE CELULAR? () SIM () NÃO	QUANTOS?
POSSUI OUTROS BENS NÃO ESPECIFICADOS ACIMA? () SIM () NÃO	ESPECIFICAR:		

DESPESAS MENSAIS DA FAMÍLIA (APRESENTAR ÚLTIMO COMPROVANTE DE CADA DESPESA)			
DESPESA	VALOR (R\$)	DESPESA	VALOR (R\$)
ÁGUA		EDUCAÇÃO	
ENERGIA		TRANSPORTE ESCOLAR	
IPTU		TELEFONE	
ALUGUEL (SE HOVER)		INTERNET	
CONDOMÍNIO		TV A CABO	
PLANO DE SAÚDE		CARTÃO DE CRÉDITO	
EMPRÉSTIMOS:		FINANCIAMENTOS	
OUTRAS DESPESAS		OUTRAS DESPESAS	

CONDIÇÕES DE SAÚDE NA FAMÍLIA	
ALGUÉM SOFRE DE DOENÇA CRÔNICA? () SIM () NÃO	ESPECIFICAR: CUSTO MENSAL DO TRATAMENTO (SE HOVER): R\$

OUTRAS INFORMAÇÕES		
ALGUÉM DA FAMÍLIA ESTUDA EM INSTITUIÇÃO PARTICULAR? () SIM () NÃO	POSSUI BOLSA DE ESTUDOS? () SIM () NÃO	VALOR DA MENSALIDADE:

LOCAL E DATA: _____, _____ de _____ de 2018.

ASSINATURA DO CANDIDATO (A): _____.