



## ANEXO 3 – FORMULÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO

### RENOVAÇÃO PARA O SERVIÇO CRECHE SELEÇÃO E RENOVAÇÃO DO AUXÍLIO CRECHE

ESTUDANTE

TÉCNICO ADMINISTRATIVO

DOCENTE

1. Benefício solicitado SELEÇÃO  RENOVAÇÃO

#### 2. Seleção ou Renovação pleiteada:

Auxílio Creche

Serviço Creche

#### 3. Identificação da criança

Nome: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F

Naturalidade: \_\_\_\_\_ Nacionalidade: \_\_\_\_\_

#### Renovação para o turno:

Matutino

Vespertino

Integral

Não se aplica

#### 3. Identificação da mãe da criança/ Responsável pela criança

Nome: \_\_\_\_\_

Vínculo com a UFBA:



- Estudante/Curso  
 Professor/Funcionário/Cargo  
 Não possui

Endereço Residencial: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Endereço Comercial: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_ Horário de Trabalho: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

#### 4 Identificação dopai da criança / Responsável pela criança

Nome: \_\_\_\_\_

Vínculo com a UFBA:

dante/Curso \_\_\_\_\_

essor/Funcionário/Cargo \_\_\_\_\_

Não possui

Endereço Residencial: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Endereço Comercial: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_ Horário de Trabalho: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

#### 5. Dados familiares

Posição que a criança ocupa na composição familiar: \_\_\_\_\_

Número de irmãos: \_\_\_\_\_

Frequentou escola ou creche?  Sim  Não

Nome do Estabelecimento: \_\_\_\_\_



Tempo de permanência: \_\_\_\_\_

Motivo da Saída: \_\_\_\_\_

Tem irmão na creche? \_\_\_\_\_

A criança reside com os pais? \_\_\_\_\_

### 6. Informações complementares

Qual o motivo que levou você a se interessar pelo Serviço Creche UFBA?  Não se aplica

---

---

---

---

---

Qual o motivo que levou você a solicitar o benefício Auxílio Creche?  Não se aplica

---

---

---

---

---

Possui outros benefícios junto a PROAE? Quais?

---

---

---

---

---



**7. Composição familiar:**

NOME COMPLETO	IDADE	PARENTESCO	ESTADO CIVIL	TRABALHA?	TEM CARTEIRA DE TRABALHO E PREV. SOCIAL ASSINADA?	RENDA MENSAL	É PESSOA COM DEFICIÊNCIA?	ESCOLARIDADE		
								É estudante?	Nível	Qual semestre/ ano?
				( )SIM ( )NÃO	( )SIM ( )NÃO		( )SIM ( )NÃO QUAL?	( )SIM ( )NÃO	( )NÃO ALFABETIZADO ( )FUNDAMENTAL ( )ENSINO MÉDIO ( )ENSINO SUPERIOR ( )OUTROS _____	
				( )SIM ( )NÃO	( )SIM ( )NÃO		( )SIM ( )NÃO QUAL?	( )SIM ( )NÃO	( )NÃO ALFABETIZADO ( )FUNDAMENTAL ( )ENSINO MÉDIO ( )ENSINO SUPERIOR ( )OUTROS _____	
				( )SIM ( )NÃO	( )SIM ( )NÃO		( )SIM ( )NÃO QUAL?	( )SIM ( )NÃO	( )NÃO ALFABETIZADO ( )FUNDAMENTAL ( )ENSINO MÉDIO ( )ENSINO SUPERIOR ( )OUTROS _____	
				( )SIM ( )NÃO	( )SIM ( )NÃO		( )SIM ( )NÃO QUAL?	( )SIM ( )NÃO	( )NÃO ALFABETIZADO ( )FUNDAMENTAL ( )ENSINO MÉDIO ( )ENSINO SUPERIO ( )OUTROS _____	
				( )SIM ( )NÃO	( )SIM ( )NÃO		( )SIM ( )NÃO QUAL?	( )SIM ( )NÃO	( )NÃO ALFABETIZADO ( )FUNDAMENTAL ( )ENSINO MÉDIO ( )ENSINO SUPERIOR	



									( ) OUTROS _____	
				( ) SIM ( ) NÃO	( ) SIM ( ) NÃO		( ) SIM ( ) NÃO QUAL?	( ) SIM ( ) NÃO	( ) NÃO ALFABETIZADO	
									( ) FUNDAMENTAL	
									( ) ENSINO MÉDIO	
									( ) ENSINO SUPERIOR	
									( ) OUTROS _____	



## 8. Termo de responsabilidade

Declaro que as informações por mim prestadas neste formulário são verdadeiras.

Salvador, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2016.

Assinatura dos pais/responsáveis:

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

-----

## 9. Parecer da Coordenação dos Programas de Assistência ao Estudante – CPAE

Benefício concedido \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assistente Social concedente: \_\_\_\_\_