



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
PRÓ-REITORIA DE AÇÕES AFIRMATIVAS E ASSISTÊNCIA ESTUDANTIL
COORDENAÇÃO DOS PROGRAMAS DE ASSISTÊNCIA AO ESTUDANTE

Anexo 2

FORMULÁRIO SOCIOECONÔMICO				
I – IDENTIFICAÇÃO				
Nome:				Gênero:
Nome Social:				<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
RG	CPF	DATA DE NASCIMENTO	Cidade/Estado	
				<input type="checkbox"/> Zona Urbana <input type="checkbox"/> Zona Rural
ESTADO CIVIL: <input type="checkbox"/> SOLTEIRO(A) <input type="checkbox"/> CASA DO(A) <input type="checkbox"/> SEPARADO(A)/ DIVORCIADO(A) <input type="checkbox"/> VIÚVO(A) <input type="checkbox"/> UNIÃO ESTÁVEL			Número de Filhos:	Outros Dependentes:
Curso	Semestre	Matrícula SGC	Telefone	Celular
VOCÊ FEZ OPÇÃO PELA RESERVA DE VAGAS DO SISTEMA DE COTAS DA UFBA? Sim, Qual? ()A ()AM ()B ()BM ()D ()NÃO – AMPLA CONCORRÊNCIA				
RAÇA/COR/ETNIA: () BRANCA () PRETA () PARDA () AMARELA () INDÍGENA				
ENDEREÇO COMPLETO:				BAIRRO
CEP	CIDADE DE MORADIA ATUAL:		EMAILS	
Nome do Pai:				<input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Falecido
Profissão:	Local de Trabalho:		Escolaridade:	
<input type="checkbox"/> Assalariado	<input type="checkbox"/> Proprietário de peq. empresa		<input type="checkbox"/> Aposentado	
<input type="checkbox"/> Pensionista	<input type="checkbox"/> Dono de peq. propriedade rural: _____ Hectares		<input type="checkbox"/> Servidor Público	
<input type="checkbox"/> Empregado de propriedade rural de outro			<input type="checkbox"/> Desempregado	
<input type="checkbox"/> Sem registro na carteira/Mercado informal. Especifique: _____				
<input type="checkbox"/> Autônomo. Especifique: _____			<input type="checkbox"/> Outro. Especifique: _____	
Renda Mensal: _____				
Endereço Completo do Pai: <input type="checkbox"/> Zona Urbana <input type="checkbox"/> Zona Rural				
Rua: _____				
CEP	CIDADE		Telefone	
Estado Civil do Pai: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> O	Tipo de Residência: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Sítio <input type="checkbox"/> Apartamento	Situação do Imóvel <input type="checkbox"/> Próprio <input type="checkbox"/> Financia do: _____ <input type="checkbox"/> Cedido <input type="checkbox"/> Alugado: _____		
Nome da Mãe:				<input type="checkbox"/> Viúva <input type="checkbox"/> Falecida
Profissão:	Local de Trabalho:		Escolaridade:	
<input type="checkbox"/> Assalariada	<input type="checkbox"/> Proprietária de peq. empresa		<input type="checkbox"/> Aposentada	
<input type="checkbox"/> Pensionista	<input type="checkbox"/> Dona de peq. propriedade rural: _____ Hectares		<input type="checkbox"/> Servidora Público	
<input type="checkbox"/> Empregada de propriedade rural de outro			<input type="checkbox"/> Desempregada	
<input type="checkbox"/> Sem registro na carteira/Mercado informal. Especifique: _____				
Renda Mensal: _____				
Endereço Completo do Pai: <input type="checkbox"/> Zona Urbana <input type="checkbox"/> Zona Rural				
Rua: _____				

CEP	CIDADE	Telefone
-----	--------	----------

Estado Civil do Pai: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> O	Tipo de Residência: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Sítio <input type="checkbox"/> Apartamento	Situação do Imóvel <input type="checkbox"/> Próprio <input type="checkbox"/> Financiado: _____ <input type="checkbox"/> Cedido <input type="checkbox"/> Alugado: _____
--	---	--

NOME DO CÔNJUGE OU COMPANHEIRO (A) DO CANDIDATO (A):
_____ VIVO FALECIDO

PROFISSÃO _____ LOCAL DE TRABALHO _____ RENDA MENSAL _____

ASSALARIADO(A) EMPREGADOR(A) APOSENTADO(A) AUTÔNOMO(A) DESEMPREGADO(A) PENSIONISTA

II – DADOS SÓCIO-ECONÔMICOS E FINANCEIROS DO (A) CANDIDATO (A)

ENSINO MÉDIO <input type="checkbox"/> PARTICULAR <input type="checkbox"/> PÚBLICO <input type="checkbox"/> PÚBLICO- PARTICULAR	CURSO PRÉ-VESTIBULAR <input type="checkbox"/> PARTICULAR <input type="checkbox"/> BOLSA <input type="checkbox"/> NENHUM
--	--

FREQÜENTA OUTRO CURSO SUPERIOR? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM Qual? _____ ONDE? _____ Caso seja em universidade privada, é estudante bolsista? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM, ESPECIFIQUE _____	CONCLUIU ALGUM CURSO SUPERIOR? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM, QUAL? _____ ONDE? _____
--	---

ORIGEM DOS RECURSOS FINANCEIROS DO (A) CANDIDATO (A)

TRABALHO COM VÍNCULO EMPREGATÍCIO RENDA MENSAL _____ FONTE PAGADORA _____

TRABALHO SEM VÍNCULO EMPREGATÍCIO RENDA MENSAL _____ FONTE PAGADORA _____

BOLSA ESTÁGIO MESADA OUTROS, ESPECIFIQUE: _____

MEIO DE TRANSPORTE UTILIZADO PELO (A) CANDIDATO (A) PARA CHEGAR A UNIVERSIDADE

A PÉ/ DE CARONA/ DE BICICLETA ÔNIBUS TRANSPORTE PRÓPRIO (CARRO, MOTO, ETC)

TRANSPORTE LOCADO (PREFEITURA E/ OU ESCOLAR) OUTROS, ESPECIFIQUE _____

EM MÉDIA, QUANTAS REFEIÇÕES DIÁRIAS VOCÊ FAZ? _____	VOCÊ POSSUI ALGUM TIPO DE DEFICIÊNCIA? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM, Qual? _____
--	--

QUAL SUA SITUAÇÃO ATUAL DE MORADIA?

COM O PAI, COM A MÃE OU AMBOS COM CÔNJUGE CASA DE FAMILIARES

PENSÃO/ PENSIONATO MORADIA MANTIDA PELA FAMÍLIA CASA DE AMIGOS

MORADIA PERTENCENTE E/OU MANTIDA PELO MUNICÍPIO DE ORIGEM

OUTRAS MORADIAS COLETIVAS (RELIGIOSAS, ALBERGUES PÚBLICOS, ABRIGOS)

OUTROS, ESPECIFIQUE: _____

SEU MUNICÍPIO OFERECE ALGUM TIPO DE MORADIA ESTUDANTIL PARA ESTUDANTES DE GRADUAÇÃO EM SALVADOR?

NÃO SIM, QUAL? _____

III - DA FAMÍLIA

Quem é o(a) principal mantenedor(a) de sua família (a pessoa que mais contribui com a renda para a subsistência familiar)?

VOCÊ MESMO(A) CÔNJUGE PAI MÃE IRMÃO/ IRMÃ

<input type="checkbox"/> PADRASTO	<input type="checkbox"/> MADRASTA	<input type="checkbox"/> AVÔ/ AVÓ	<input type="checkbox"/> OUTRA PESSOA, ESPECIFIQUE: _____
QUANTAS PESSOAS, INCLUINDO VOCÊ, VIVEM DA RENDA MENSAL DE SUA FAMÍLIA? _____			
EXISTE ALGUÉM DA FAMÍLIA EM REGIME RECLUSÃO? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
CASO SUA FAMÍLIA SEJA ATENDIDA POR UM OU MAIS PROGRAMAS DE TRANSFERÊNCIA DE RENDA, ASSINALE ABAIXO:			
<input type="checkbox"/> BOLSA FAMÍLIA <input type="checkbox"/> BPC – BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA <input type="checkbox"/> OUTROS, ESPECIFIQUE _____			
POSSUI DIAGNÓSTICO DE DOENÇA NA FAMÍLIA: <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM, QUAL? _____			
<input type="checkbox"/> ESTUDANTE <input type="checkbox"/> FAMILIAR, GRAU DE PARENTESCO? _____			

TEVE OU TEM PROBLEMA COM O USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM	
<input type="checkbox"/> ESTUDANTE <input type="checkbox"/> FAMILIAR, GRAU DE PARENTESCO? _____	
TEVE OU TEM ALGUM TRANSTORNO MENTAL (ex. depressão, crise de ansiedade, esquizofrenia, etc.): <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM	
<input type="checkbox"/> ESTUDANTE <input type="checkbox"/> FAMILIAR, GRAU DE PARENTESCO? _____	
TEVE OU TEM ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO OU PSIQUIÁTRICO: <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM	
<input type="checkbox"/> ESTUDANTE <input type="checkbox"/> FAMILIAR, GRAU DE PARENTESCO? _____	
Informe os bens de propriedade da família (imóveis, veículos – especifique ano e modelo, propriedades rurais – especifique extensão em hectares, etc)	

IV - CONDIÇÕES DE MORADIA DA FAMÍLIA

SUA FAMÍLIA MORA NUM IMÓVEL:			
<input type="checkbox"/> PRÓPRIO	<input type="checkbox"/> CEDIDO	<input type="checkbox"/> FINANCIADO R\$ _____	<input type="checkbox"/> ALUGADO R\$ _____
INFORME SOBRE A MORADIA DE SUA FAMÍLIA:			
1) QUAL A DISTÂNCIA ENTRE A MORADIA DE SUA FAMÍLIA E SUA UNIVERSIDADE?			
<input type="checkbox"/> ATÉ 10 KM	<input type="checkbox"/> 11 A 50 KM	<input type="checkbox"/> 51 A 100 KM	<input type="checkbox"/> 101 A 150 KM
<input type="checkbox"/> 201 A 250 KM	<input type="checkbox"/> 251 A 300 KM	<input type="checkbox"/> 301 A 500 KM	<input type="checkbox"/> ACIMA DE 500 KM
2) TEM ENERGIA ELÉTRICA? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
3) COMO OCORRE O ABASTECIMENTO DE ÁGUA?			
<input type="checkbox"/> POÇO OU NASCENTE	<input type="checkbox"/> EMPRESA DE TRATAMENTO E ABASTECIMENTO DE ÁGUA		
<input type="checkbox"/> OUTROS, ESPECIFIQUE _____			
4) TEM SANITÁRIO? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
5) TEM ESGOTAMENTO SANITÁRIO (O ESGOTO DO DOMICÍLIO É LIGADO À REDE COLETORA E ESTAÇÃO DE TRATAMENTO DE			
UMA EMPRESA ESGOTAMENTO)? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
EM CASO NEGATIVO, INFORME PARA ONDE É DIRECIONADO O ESGOTO:			
<input type="checkbox"/> FOSSA	<input type="checkbox"/> RIO/ LAGO/ MAR	<input type="checkbox"/> VALA	<input type="checkbox"/> OUTROS, ESPECIFIQUE _____

6) TEM COLETA DE LIXO? SIM NÃO

EM CASO NEGATIVO, INFORME COMO É DESCARTADO O LIXO:

QUEIMADO ENTERRADO JOGADO EM TERRENO BALDIO OUTROS, ESPECIFIQUE: _____

7) HÁ DORMITÓRIOS UTILIZADOS POR MAIS DE DOIS MORADORES? SIM NÃO

V - DESPESAS DO CANDIDATO E DA FAMÍLIA

DESPESA	VALOR MENSAL	
	CANDIDATO	FAMÍLIA
ÁGUA		
ENERGIA ELÉTRICA		
TEFONE FIXO		
TELEFONE CELULAR		
INTERNET		
ALUGUEL/FINANCIAMENTO		
IPTU		
CONDOMÍNIO		

MÉDICOS/CONVÊNIOS/DENTISTAS		
REMÉDIOS DE USO CONTÍNUO		
TRANSPORTE		
ALIMENTAÇÃO		
OUTROS, ESPECIFIQUE: _____		
TOTAL:		

VI - SOLICITAÇÃO DE BENEFÍCIO

ASSINAL ATÉ TRÊS ALTERNATIVAS REFERENTE AO EDITAL EM VIGOR, POR ORDEM DE PRIORIDADE (1º, 2º e 3º):

- () SERVIÇO DE RESIDÊNCIA UNIVERSITÁRIA - SRU
() AUXÍLIO A PESSOA COM NECESSIDADES EDUCATIVAS ESPECIAIS
() AUXÍLIO MORADIA
() SERVIÇO DE ALIMENTAÇÃO
() AUXÍLIO TRANSPORTE
() AUXÍLIO CRECHE
() SERVIÇO CRECHE

JÁ FOI CONTEMPLADO COM OUTRO AUXÍLIO? ESPECIFIQUE: _____

JUSTIFIQUE OS MOTIVOS QUE O LEVARAM A OPTAR PELO (S) AUXÍLIO (S), PROGRAMA OU SERVIÇO ACIMA:

FAMILIARES CADASTRADOS NA PROAE

NOME	CURSO	TIPO DE AUXÍLIO

VII – TERMO DE RESPONSABILIDADE

ASSUMO INTEIRA RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE DAS DECLARAÇÕES PRESTADAS NESTE FORMULÁRIO E PELO TEOR DOS DOCUMENTOS POR MIM APRESENTADOS. DECLARO, AINDA, QUE ESTOU CIENTE DE QUE CONSTATADA QUALQUER

IRREGULARIDADE, SERÁ ANULADO O DIREITO AO(S) BENEFÍCIO(S), BEM COMO, TEREI MEU CASO ENCAMINHADO À PROCURADORIA JURÍDICA DA UNIVERSIDADE, PARA QUE SEJAM TOMADAS AS MEDIDAS RELATIVAS À AÇÃO PENAL CABÍVEL

SALVADOR, ___/___/___.

ASSINATURA DO ESTUDANTE

VIII – PARA USO DA COORDENADORIA DOS PROGRAMAS DE ASSISTÊNCIA AO ESTUDANTE

PARECER: _____

DATA: ___/___/___

ASSISTENTE

SOCIAL – ASSINATURA E CRESS

IX - COMPOSIÇÃO FAMILIAR

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