



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

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

FORMULÁRIO SOCIOECONÔMICO – ANEXO 2					
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"/> CASADO(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"/> Financiado: _____ <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 da Mãe : <input type="checkbox"/> Zona Urbana <input type="checkbox"/> Zona Rural					
Rua: _____					
CEP	CIDADE		Telefone		

Estado Civil da Mãe: <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): _____ <input type="checkbox"/> VIVO <input type="checkbox"/> FALECIDO		
PROFISSÃO _____ LOCAL DE TRABALHO _____ RENDA MENSAL _____ <input type="checkbox"/> ASSALARIADO(A) <input type="checkbox"/> EMPREGADOR(A) <input type="checkbox"/> APOSENTADO(A) <input type="checkbox"/> AUTÔNOMO(A) <input type="checkbox"/> DESEMPREGADO(A) <input type="checkbox"/> 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
FREQUENTA 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) <input type="checkbox"/> TRABALHO COM VÍNCULO EMPREGATÍCIO RENDA MENSAL _____ FONTE PAGADORA _____ <input type="checkbox"/> TRABALHO SEM VÍNCULO EMPREGATÍCIO RENDA MENSAL _____ FONTE PAGADORA _____ <input type="checkbox"/> BOLSA <input type="checkbox"/> ESTÁGIO <input type="checkbox"/> MESADA <input type="checkbox"/> OUTROS, ESPECIFIQUE: _____		
MEIO DE TRANSPORTE UTILIZADO PELO (A) CANDIDATO (A) PARA CHEGAR A UNIVERSIDADE <input type="checkbox"/> A PÉ/ DE CARONA/ DE BICICLETA <input type="checkbox"/> ÔNIBUS <input type="checkbox"/> TRANSPORTE PRÓPRIO (CARRO, MOTO, ETC) <input type="checkbox"/> TRANSPORTE LOCADO (PREFEITURA E/ OU ESCOLAR) <input type="checkbox"/> 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?		
<input type="checkbox"/> COM O PAI, COM A MÃE OU AMBOS <input type="checkbox"/> COM CÔNJUGE <input type="checkbox"/> CASA DE FAMILIARES		
<input type="checkbox"/> PENSÃO/ PENSIONATO <input type="checkbox"/> MORADIA MANTIDA PELA FAMÍLIA <input type="checkbox"/> CASA DE AMIGOS		
<input type="checkbox"/> MORADIA PERTENCENTE E/OU MANTIDA PELO MUNICÍPIO DE ORIGEM		
<input type="checkbox"/> OUTRAS MORADIAS COLETIVAS (RELIGIOSAS, ALBERGUES PÚBLICOS, ABRIGOS)		
<input type="checkbox"/> OUTROS, ESPECIFIQUE: _____		
SEU MUNICÍPIO OFERECE ALGUM TIPO DE MORADIA ESTUDANTIL PARA ESTUDANTES DE GRADUAÇÃO EM SALVADOR? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> 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)?		
<input type="checkbox"/> VOCÊ MESMO(A) <input type="checkbox"/> CÔNJUGE <input type="checkbox"/> PAI <input type="checkbox"/> MÃE <input type="checkbox"/> 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: NÃO SIM

ESTUDANTE FAMILIAR, GRAU DE PARENTESCO? _____

TEVE OU TEM ALGUM TRANSTORNO MENTAL (ex. depressão, crise de ansiedade, esquizofrenia, etc.): NÃO SIM

ESTUDANTE FAMILIAR, GRAU DE PARENTESCO? _____

TEVE OU TEM ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO OU PSIQUIÁTRICO: NÃO SIM

ESTUDANTE 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:

PRÓPRIO CEDIDO FINANCIADO R\$ _____ ALUGADO R\$ _____

INFORME SOBRE A MORADIA DE SUA FAMÍLIA:

1) QUAL A DISTÂNCIA ENTRE A MORADIA DE SUA FAMÍLIA E SUA UNIVERSIDADE?

ATÉ 10 KM 11 A 50 KM 51 A 100 KM 101 A 150 KM
 201 A 250 KM 251 A 300 KM 301 A 500 KM ACIMA DE 500 KM

2) TEM ENERGIA ELÉTRICA? SIM NÃO

3) COMO OCORRE O ABASTECIMENTO DE ÁGUA?

POÇO OU NASCENTE EMPRESA DE TRATAMENTO E ABASTECIMENTO DE ÁGUA
 OUTROS, ESPECIFIQUE _____

4) TEM SANITÁRIO? SIM NÃO

5) TEM ESGOTAMENTO SANITÁRIO (O ESGOTO DO DOMICÍLIO É LIGADO À REDE COLETORA E ESTAÇÃO DE TRATAMENTO DE UMA EMPRESA ESGOTAMENTO)? SIM NÃO

EM CASO NEGATIVO, INFORME PARA ONDE É DIRECIONADO O ESGOTO:

FOSSA RIO/ LAGO/ MAR VALA 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

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 _____	

OBS.: Se necessário, solicite folha complementar.