

# FUNDAÇÃO DOM JAIME DE BARROS CÂMARA – FDJBC –

RUA DEP. ANTÔNIO EDÚ VIEIRA, 1524. PANTANAL, FLORIANÓPOLIS/SC  
CEP: 88040-001 - FONE (48) 3234 - 7230 - E-mail: [fdjbc@facasc.edu.br](mailto:fdjbc@facasc.edu.br)

Fundação: 16/08/72  
Reg. Civil: Liv. A-12 fls 222  
CNPJ 82.898.891/0001-00  
Isenção do IR - Proc. 0915-50302/74 de 02/04/74  
Util. Publ. Mun. Lei nº. 1323 de 21/07/75  
Util. Publ. Esta. Lei nº 5124 de 30/06/75  
Util. Publ. Fed. Dec.nº 86.072 de 04/06/81  
Reg. no CNSS Proc. nº 250.960/75  
Cer. Ent. Fins Fil. Proc. nº 222.020/76  
Reg. no CMAS n. 087/2000

## Formulário Socioeconômico e Cultural – Ano letivo de 2026

### 1. Identificação do(a) aluno (a)

Nome		Nº Matrícula	Turma
Masculino	Feminino	Idade	

### 2. Endereço do (a) aluno (a)

Rua:		Nº	
Bairro:	Cidade:		
CEP	Telefone de contato:	Celular:	

### 3. Você se declara

Branco(a)	Pardo(a)	Preto(a)	Amarelo(a)	Indígena

### 4. Qual o seu estado civil

Solteiro (a)	União Estável	Casado (a)	Separado (a)	Divorciado (a)	Viúvo (a)

### 5. Você possui algum tipo de renda?

Digite "Não"	
Digite "Sim"	Qual a origem de seus recursos financeiros:
	trabalho com vínculo empregatício (CLT);
	trabalho sem vínculo empregatício;
	mesada;
	bolsa de Estudo/Pesquisa/Extensão
	estágio remunerado
	seguro desemprego (data do início):
	outros / especifique:

### 6. Rendimentos

- Na coluna Renda Mensal, preencha com o valor bruto recebido
---

- Toda e qualquer forma de renda deve ser informada. Lembre-se de incluir a Pensão Alimentícia (se houver).				
Nome completo do Aluno/a bolsista e/ou familiares do grupo familiar	Data Nascimento	Parentesco	Situação Ocupacional	Renda Bruta Mês (R\$)
<b>Some os valores da coluna renda mensal e o informe no Total</b>			<b>Total</b>	

### 7. Despesas mensais fixas do/a Aluno/a (considerar último mês):

Despesas		Valor R\$	Despesas		Valor R\$
1.	Moradia		4.	Luz	
2.	Alimentação		5.	Telefone / Celular/Internet	
3.	Água		6.	Saúde	
<b>Somar os valores e informar no Total</b>			<b>Total</b>		

### 8. Você já concluiu outro Curso Superior?

Digite "Não"	
Digite "Sim"	Informe em quais condições
	Todo em Universidade/Faculdade Pública
	Todo em Universidade/Faculdade Privada
	Uma parte em Universidade Privada e outra em Universidade Pública

### 8.1 Em caso de Universidade Privada, você se beneficiou com programas de Bolsas de Estudo?

Digite "Não"
Digite "Sim"

### 9. Como você se desloca para ir à FACASC?

Digite "Sim"	Informe em quais condições
	transporte coletivo
	a pé ou de bicicleta
	transporte próprio
	de carona
	de transporte locado (Prefeitura/Escolar, etc.)
	outros meios de transporte

### 10. Mobilidade

#### 10.1 Você possui veículo?

Digite "Não"	
Digite "Sim"	Informe em quais condições

	próprio e quitado.
	<b>financiado, com parcela mensal de R\$:</b>
	ano para quitação:
	cedido por:

**11. Você costuma participar das atividades culturais (cinema, teatro, apresentações musicais, mostras culturais, saraus, manifestações da cultura popular, outros)?**

Digite "Não"	
Digite "Sim"	<b>Informe com que frequência</b>
	de uma a duas vezes por mês
	de três a quatro vezes por mês
	mais de quatro vezes por mês

**12. Quanto aos seus hábitos de leitura, o que mais costuma ler?**

Digite "Sim"	<b>Informe "Sim" para o(os) item(s) que julgue se enquadrar</b>
	livros
	revistas
	Jornais
	site, blogs
	raramente lê
	não tenho hábito de leitura
	outros / especifique

**13. Qual sua principal fonte de informação sobre a atualidade?**

Digite "Sim"	<b>Informe "Sim" para o(os) item(s) que julgue se enquadrar</b>
	internet
	telejornal
	programas de TV
	jornal impresso
	rádio
	revistas
	redes sociais
	outros / especifique

**14. Saúde – Candidato**

**14.1 Você possui Plano de Saúde?**

Digite "Não"	
Digite "Sim"	<b>Especifique</b>
	qual valor mensal?

**14.2 Você tem algum tipo de deficiência física ou limitação que queira declarar?**

Digite "Não"	
Digite "Sim"	<b>Informe "Sim" para o(os) item(s) que julgue se enquadrar</b>
	visual
	auditiva
	mental
	física

	outra / especifique:	
	custo mensal com tratamento: R\$	

## 15. Saúde - Grupo Familiar \*

(Obs.: responder somente se você reside com seu Grupo Familiar)

\* Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993 Artigo 20, § 1º, para os efeitos do disposto no **caput**, a família é composta pelo requerente, o cônjuge ou companheiro, os pais e, na ausência de um deles, a madrasta ou o padrasto, os irmãos solteiros, os filhos e enteados solteiros e os menores tutelados, desde que vivam sob o mesmo teto

### 15.1 Há membros do Grupo Familiar com algum tipo de deficiência?

Digite "NÃO SE APLICA" caso você resida sozinho (a)			
Digite "Sim"	Informe o(s) nome(s) da(s) pessoa(s) do grupo familiar	Cite se há doença grave ou crônica	Gastos mensais com medicamentos (R\$)

### 16. Quantas refeições diárias você faz por dia?

Digite "Sim"	Informe com que frequência
	uma refeição
	até três refeições
	mais de três refeições

### 17. Com que frequência você vai ao médico?

Digite "Sim"	Informe com que frequência
	quando sinto dor ou indisposto em virtude de algum problema
	a cada seis meses, independente de problemas
	uma vez por ano, independente de problemas
	vou esporadicamente
	vou ao médico com frequência para tratamento especializado
	nunca vou ao médico

### 18. Com que frequência você vai ao dentista?

Digite "Sim"	Informe com que frequência
	quando sinto dor ou indisposto em virtude de algum problema
	a cada seis meses, independente de problemas
	uma vez por ano, independente de problemas
	vou esporadicamente
	vou ao dentista com frequência para tratamento especializado
	nunca vou ao dentista

### 19. Você realiza algum tratamento médico ou acompanhamento frequente de profissionais específicos?

Digite "Não"	
Digite "Sim"	Informe "Sim" para o(os) item(s) que julgue se enquadrar
	Psicólogo

	Psiquiatra
	Acupuntura
	Fisioterapeuta
	Outro / especifique:

## 20. Você utiliza quais serviços de saúde?

Digite "Sim"	Informe "Sim" para o(os) item(s) que julgue se enquadrar
	Hospital ou Unidade Básica de Saúde do SUS
	Hospital ou Clínicas particulares
	Hospital ou Clínicas que atendem pelo meu Plano de Saúde
	Serviços de saúde do sindicato
	Outros / especifique:

## 21. Moradia

Digite "Sim"	Informe "Sim" para o item que julgue se enquadrar
	Casa / Apto. próprio(a), quitado(a);
	Casa / Apto. próprio(a), financiado por instituições financeiras
	<b>Custo mensal: R\$</b>
	Casa / Apto. próprio(a) / por meio de Programas de Governos
	<b>Custo mensal: R\$</b>
	Casa / Apto. alugado(a).
	<b>Custo mensal: R\$</b>
	Pensão, República
	<b>Custo mensal: R\$</b>
	Casa / Apto. / Seminário cedido(a) por terceiros
	<b>Informe o cedente:</b>

## 22. Que itens abaixo há em sua atual residência?

Digite "Sim"	Informe "Sim" para o(os) item(s) que julgue se enquadrar
	Televisão com imagem digital
	DVD
	Rádio
	Computador
	Automóvel
	Máquina de lavar roupas
	Geladeira
	Micro-ondas
	Forno elétrico
	Telefone fixo
	telefone celular
	TV por assinatura
	Internet
	diarista ou empregada doméstica
	Outros / Especifique:

**23. Use o espaço abaixo para descrever informações que julgue importantes para complementar este formulário socioeconômico e cultural.**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Declaro** que as informações acima prestadas correspondem a minha atual realidade e desde já autorizo a divulgação de meus dados aqui demonstrados, quando exigidos por Órgãos Públicos e em razão da legislação vigente.

Florianópolis/SC, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2026.

Assinatura do aluno(a)

**Importante:**

Em atendimento ao artigo 8º §4 este termo guarda finalidade determinada, sendo que os dados serão utilizados especificamente para fins de:

- Cadastro.
- Diagnóstico técnico inicial em seu aspecto pedagógico, cognitivo, físico e social.
- Elaboração a aplicação de testes de aptidão.
- Elaboração de relatórios e pareceres informativos.

A Controladora responsabiliza-se pela manutenção de medidas de segurança, técnicas e administrativas aptas a proteger os dados pessoais de acessos não autorizados e de situações acidentais ou ilícitas de destruição, perda, alteração, comunicação ou qualquer forma de tratamento inadequado ou ilícito.