

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

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 2025

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\$) |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| Some os valores da coluna renda mensal e o informe no Total | | | Total | |

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 | |
| Somar os valores e informar no Total | | | Total | | |

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. |
| | financiado, com parcela mensal de R\$: |
| | 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" | Informe com que frequência |
| | 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" | Informe "Sim" para o(os) item(s) que julgue se enquadrar |
| | 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" | Informe "Sim" para o(os) item(s) que julgue se enquadrar |
| | 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" | Especifique |
| | qual valor mensal? |

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

| | |
|--------------|---|
| Digite "Não" | |
| Digite "Sim" | Informe "Sim" para o(os) item(s) que julgue se enquadrar |
| | 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 |
| | Custo mensal: R\$ |
| | Casa / Apto. próprio(a) / por meio de Programas de Governos |
| | Custo mensal: R\$ |
| | Casa / Apto. alugado(a). |
| | Custo mensal: R\$ |
| | Pensão, República |
| | Custo mensal: R\$ |
| | Casa / Apto. / Seminário cedido(a) por terceiros |
| | Informe o cedente: |

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.

