

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.º 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
Inscrição Estadual 254714684

Formulário Socioeconômico

1. Identificação do (a) aluno (a)

Nome	Nº Matrícula	Turma
Gênero () Masculino () Feminino	Idade:	

2. Endereço do (a) aluno (a)

Rua: _____ nº: _____

Bairro: _____ Cidade: _____

CEP: _____ - _____

Fone para contato: _____

3. Você se considera

() branco(a) () pardo (a) () preto(a) () amarelo (a) () indígena

4. Qual o seu estado civil

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

() Divorciado (a)

5. Você possui algum tipo de renda?

() Sim () Não

- Em caso afirmativo, qual a origem de seus recursos financeiro:

() 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 (Aluno/a e/ou familiares)	Data Nascimento	Parentesco	Situação Ocupacional	Renda Bruta Mensal 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?

() Sim () Não

- Em caso afirmativo, informe em quais condições:

() Todo em Universidade/Faculdade Pública

() Todo em Universidade/Faculdade Privada

() Uma parte em Universidade Privada e outra em Universidade Pública

- Em casa de Universidade Privada, você se beneficiou com programas de Bolsas de Estudo?

() Sim () Não

9. Como você se desloca para ir à FACASC?

() transporte coletivo () a pé ou de bicicleta () transporte próprio () de carona

() de transporte locado (Prefeitura/Escolar, etc.) () outros meios de transporte

10. Mobilidade

Você possui veículo? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> próprio(a), quitado(a).
	<input type="checkbox"/> próprio(a), financiado por instituições financeiras Parcela mensal: R\$ _____ Ano da quitação: _____
	<input type="checkbox"/> _____) cedido(a), por: _____

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

Sim Não

- Em caso afirmativo, 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?

Livros revistas jornais site, blogs raramente lê não tenho hábito de leitura Outros. Especifique: _____

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

Internet Telejornal programas de TV jornal impresso rádio

revistas redes sociais Outros. Especifique: _____

14. Saúde - Candidato

Você possui Plano de Saúde? <input type="checkbox"/> SIM - Qual valor mensal? R\$ _____; <input type="checkbox"/> NÃO.
Você tem algum tipo de deficiência física ou limitação? <input type="checkbox"/> visual <input type="checkbox"/> auditiva <input type="checkbox"/> mental <input type="checkbox"/> física <input type="checkbox"/> nenhuma <input type="checkbox"/> Outra: _____
Há algum custo com tratamento: <input type="checkbox"/> SIM - Qual valor mensal? R\$ _____; <input type="checkbox"/> NÃO.

15. Saúde - Grupo Familiar***Informação sobre o Grupo Familiar (somente para as pessoas que convivem sob o mesmo teto)**

Há membros do Grupo Familiar com algum tipo de deficiência? () SIM (preencha o quadro abaixo) () NÃO.		
Pessoas com doenças graves ou crônicas na família	Nome	Doença grave ou crônica
Gastos mensais com medicamentos dos membros do Grupo Familiar		R\$

**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*

16. Quantas refeições diárias você faz por dia?

() uma refeição () até três refeições () mais de três refeições

17. Com que frequência você vai ao médico?

- () 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?

- () 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?

- () Psicólogo
 () Psiquiatra
 () Acupuntura
 () Fisioterapeuta
 () Outro _____

20. Você utiliza quais serviços de saúde?

- () 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

21. Moradia:

Você reside em <input type="checkbox"/> casa <input type="checkbox"/> apartamento	() _____) alugado(a). R\$ _____
	() próprio(a), quitado(a).
	() próprio(a), financiado por instituições financeiras Parcela mensal: R\$ _____ Ano da quitação: _____
	() próprio(a) - Programa do Governo Parcela mensal: R\$ _____ Ano da quitação: _____
	() cedido(a), por:
	() Pensão, República
	() Seminário ou Casa de Formação da Diocese

22. Que itens abaixo há em sua atual residência?

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 _____

23. Use este espaço para alguma informação que julgue necessário neste formulário socioeconômico.

Declaro que as informações prestadas correspondem à realidade, desde já autorizo a divulgação do nome do beneficiado quando exigido por Órgãos Públicos e competentes em razão de legislação vigente.

Florianópolis/SC, ____ de _____ de 202__.

Assinatura

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.
- (Complementar com mais informações)
-

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.