

**ANEXO I**  
**QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO**

**PROGRAMA SOLICITADO: ( ) AUXÍLIO PERMANÊNCIA**

**1-IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDANTE**

Nome do estudante: \_\_\_\_\_

Curso: \_\_\_\_\_ Cartão SUS: \_\_\_\_\_

Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ anos

Naturalidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

RG Nº: \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Telefone Residencial: ( ) \_\_\_\_\_ Celular: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Nome do Pai: \_\_\_\_\_ Celular: ( ) \_\_\_\_\_

Nome da Mãe: \_\_\_\_\_ Celular: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Estado Civil: ( ) Solteiro ( ) Casado ( ) Viúvo ( ) Separado ( ) União Estável

1.1. De acordo com a categoria usada pelo IBGE, quanto à cor da pele, você se considera?

( ) Branco ( ) Negro ( ) Indígena ( ) Amarelo ( ) Pardo

1.2. Você estudou em escola:

( ) Pública ( ) Particular ( ) Conveniada ( ) Maior parte em rede pública ( ) Maior parte em rede privada/ particular ( ) Maior parte em rede conveniada ( ) Bolsista em rede particular

**2-SITUAÇÃO HABITACIONAL DO ESTUDANTE**

Endereço: Rua/Av. : \_\_\_\_\_ nº : \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

2.1. Tipo de moradia de sua família:

( ) Própria Quitada ( ) Cedida

( ) Própria Financiada. Valor da Parcela: R\$ \_\_\_\_\_

( ) Alugada. Valor do Aluguel: R\$ \_\_\_\_\_

**3-SITUAÇÃO FAMILIAR DO ESTUDANTE**

3.1. Seus pais são:

( ) Casados ( ) Separados ( ) Pai falecido ( ) Mãe falecida ( ) Pai desconhecido

( ) Outros, especifique: \_\_\_\_\_

3.2. Qual o meio de transporte utilizado, prioritariamente, pela família?

( ) Carro: ano, modelo: \_\_\_\_\_ ( ) Moto: ano, modelo: \_\_\_\_\_

( ) Ônibus ( ) Bicicleta

3.3. Você ou algum membro de sua família são beneficiários de programas sociais, bolsa família, BPC, etc?

( ) Não ( ) Sim, Qual? \_\_\_\_\_ Valor: R\$: \_\_\_\_\_

3.4. Em caso de necessidade de visita domiciliar, qual dia e horário mais conveniente?

#### 4-DADOS DE SAÚDE DO ESTUDANTE

4.1. Você ou alguém da família é portador de alguma necessidade especial?

( ) Não ( ) Visual ( ) Física/Motora ( ) Auditiva ( ) De fala

4.2. Você ou alguém da família faz uso de medicamento de uso contínuo, em função de alguma enfermidade?

( ) Não ( ) Sim, qual medicamento? \_\_\_\_\_

4.3. Possui plano de saúde?

( ) Não ( ) Sim, qual? \_\_\_\_\_

4.4. Possui plano odontológico?

( ) Não ( ) Sim, qual? \_\_\_\_\_

#### 5-COMPOSIÇÃO FAMILIAR DO ESTUDANTE

Preencha o quadro abaixo com os dados das pessoas que **residem na sua casa**, incluindo você :

Nº	Nome do familiar	Idade (anos)	Parentesco	Profissão/ocupação	Renda Mensal (R\$)
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
<b>VALOR TOTAL DA RENDA FAMILIAR (R\$)</b>					

#### 6-DESPESAS FIXAS DA FAMÍLIA DO ESTUDANTE

Preencha o quadro abaixo com os gastos familiares mensais. Apresente cópia dos comprovantes.

Energia : R\$ _____	Transporte: R\$ _____
Água : R\$ _____	Medicamentos: R\$ _____
Educação*: R\$ _____	Plano de Saúde: R\$ _____
Alimentação: R\$ _____	Outros : R\$ _____

\*Caso algum membro da família estude em Instituição particular de ensino

#### DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que estou ciente do conteúdo do edital do programa ao qual estou me inscrevendo e que todas as informações aqui prestadas são verdadeiras.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura

**Em caso de estudante menor de idade pais/responsáveis deverão assinar a documentação.**

A declaração falsa é crime previsto no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, sujeitando o declarante às suas penas, sem prejuízo de outras sanções cabíveis.

**INSTITUTO FEDERAL GOIANO**

CAMPUS URUTAÍ

Rodovia Geraldo Silva Nascimento, Km 2,5

75790-000 –Urutai – GO

55-(64) 3465-1922 – [assistenciaestudantil.urt@ifgoiano.edu.br](mailto:assistenciaestudantil.urt@ifgoiano.edu.br)