



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CARIRI
PRÓ-REITORIA DE ASSUNTOS ESTUDANTIS
COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO E INTEGRAÇÃO ESTUDANTIL
DIVISÃO DE SERVIÇO SOCIAL

Favor imprimir este formulário em frente e verso
É obrigatório o preenchimento de todos os campos deste formulário

Cole a Foto 3x4

**FORMULÁRIO DE RENOVAÇÃO
PRAE/UFCA/2019.**

INDICAR BENEFÍCIO(S) QUE DESEJA RENOVAR:

() Auxílio Creche () Auxílio Moradia

IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDANTE			
Nome Completo:			
Sexo:	Data de nascimento:	Estado Civil:	
Nacionalidade:	Naturalidade:	UF:	
CPF:	RG:		
Curso:	Matrícula:		
Ano de ingresso no curso:			
E-mail:		Telefone:	
Possui alguma deficiência: () Sim () Não		Especifique a deficiência:	
MORADIA ATUAL DO ESTUDANTE			
Reside atualmente com: () Pais () Pai () Mãe () Irmãos () Parentes () Filhos () Cônjuge ou companheiro ()			
Divide aluguel com outros estudantes : Valor _____ Outro () Especifique _____			
Endereço atual do estudante:			
Rua/Av.:			
Bairro:	CEP:		
Cidade:	UF:		
Ponto de Referência:			
Endereço da residência da família:			
Rua/Av.:			
Bairro:	CEP:		
Cidade:	UF:		
Ponto de Referência:		Telefone:	
Situação do imóvel da família: () Próprio; () Alugado; () Cedido; () Financiado. Valor mensal do aluguel ou financiamento: _____			
<i>Obs.: Entende-se por imóvel cedido aquele que é emprestado por alguém para a família morar e, neste caso, a apresentação da declaração é obrigatória e deve ser assinada pelo proprietário do mesmo.</i>			
Bens móveis e imóveis (exceto aquele em que a família reside) pertencentes à família: () Sim () Não			
() Carro. Tipo/marca/modelo e ano: _____			
() Terreno/Lote. Localização: _____			
() Casa/Apartamento. Localização: _____			
() Loja/sala comercial. Localização: _____			
() Fazenda. Localização: _____			
() Moto			

III – SITUAÇÃO SOCIOECONÔMICA FAMILIAR (incluindo NOME e dados do estudante)							
Nome	Parentesco	CPF	Profissão/ Ocupação	Data de Nascimento	Situação*	Renda Bruta	-
<i>*Situação: Carteira de Trabalho Assinada; Funcionário Público Efetivo; Funcionário Público Contratado; Aposentado/Pensionista/Beneficiário INSS; Autônomo; Estagiário; Estudante; Desempregado; Do lar; Trabalho Informal</i>							
Renda Mensal da Família:				Renda per capita:			
REDA PESSOAL:							
a)Trabalha?: () Sim () Não							
Local de trabalho: _____ Função: _____ Salário mensal: R\$ _____							
b)Recebe ajuda financeira de terceiros (exceto pai e mãe)? () Sim () Não. Valor _____							
c)Recebe pensão alimentícia ? () Sim () Não.							
Especifique: _____ Valor: _____							
d)É bolsista/estagiário?: () Sim () Não							
Local/Projeto: _____ Valor da bolsa: R\$ _____							
e) É beneficiário de algum programa no âmbito da UFCA? () Sim () Não.							
Especifique: _____ Valor: _____							
f) Situação dos pais ou responsáveis financeiros:							
() Casados () União Estável () Viúvo (a) () Divorciados () Separação de fato () outra situação _____							
PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA EM PROGRAMA SOCIAL DE GOVERNO FEDERAL OU ESTADUAL:							
() SIM () NÃO. QUAL? _____ VALOR DO BENEFÍCIO: _____							
<i>Obs.: É obrigatória a apresentação do extrato do último mês do Programa Bolsa Família, constando nome do beneficiário, valor recebido e mês de referência.</i>							
GASTOS FIXOS MENSAIS (somente do grupo familiar):							
Alimentação: R\$ _____		Água: R\$ _____		Educação: R\$ _____			
Energia: R\$ _____		Lazer: R\$ _____		Medicamentos: R\$ _____			
Outros: R\$ _____		Transporte: R\$ _____		Total das despesas: R\$ _____			
DESPESAS MENSAIS COM TRANSPORTE (trajetos: residência – universidade – residência)							
() a pé, bicicleta							
() transporte coletivo							
() transporte alternativo (van, ônibus)							
() carro/moto próprio							
() carona							
Valor mensal gasto com transporte: R\$ _____							
IV – DADOS ESCOLARES							
Conclusão do ensino médio							
() Escola Pública				() Escola Particular.			
() Parte em escola pública/ parte em escola particular				() Escola Particular com bolsa. Percentual: _____ %			

		() Concluiu algum curso superior? () Sim () Não
<i>Obs.: Apresentar declaração de bolsista fornecida pela escola, em caso de ter sido aluno de escola particular.</i>		
INGRESSO NA UFCA:		
() ENEM	() Processo de Transferência Voluntária	
() Reopção de curso		
FORMA DE INGRESSO NA UFCA:		
() Ampla Concorrência	() Cota. Qual? _____	
V - DADOS RELACIONADOS À SAÚDE (Incluindo o próprio estudante)		
Doença grave na família? Qual? (Necessária comprovação através de laudo médico atualizado)		
*Doenças graves são aquelas constantes na Portaria MPAS/MS, de 23/08/2001: tuberculose ativa; hanseníase; alienação mental; neoplasia maligna; cegueira; paralisia irreversível e incapacitante; cardiopatia grave; doença de Parkinson; espondiloartrose anquilosante; nefropatia grave; estado avançado da doença de Paget (osteíte deformante); síndrome da deficiência imunológica adquirida - Aids; contaminação por radiação, com base em conclusão da medicina especializada; e hepatopatia grave		

DECLARO, sob minha inteira responsabilidade, serem exatas e verdadeiras as informações aqui prestadas, sob pena de responsabilidade administrativa, civil e penal e que estou ciente de que poderá ser realizado, a qualquer tempo, contato telefônico ou via e-mail, entrevista, visita domiciliar, bem como a solicitação de documentação complementar para melhor conhecimento da situação apresentada.

(Local)

_____, ____ de _____ de _____

(Data)

Assinatura do aluno

PARA USO DO SERVIÇO SOCIAL:

PER CAPITA:

PARECER:

Juazeiro do Norte, CE, ____/____/____

Assistente Social