



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

QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO 2025

I – IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDANTE:			
Nome completo:			
Sexo () F () M	Data de nascimento: ____/____/____	Nacionalidade:	Naturalidade:
CPF:			
Curso:		Matrícula:	
Ano de ingresso no curso:			
E-mail:		Telefone(s):	
Situação atual de moradia do estudante:			
() família () parentes () amigos () sozinho			
() divide aluguel com outros estudantes. Valor do aluguel: R\$ _____ Valor de sua cota/parte: R\$ _____			
() outros – especificar: _____			
Endereço atual: Rua/Av.:			Nº:
Bairro:	Cidade:	Estado:	
Ponto de referência:			
Endereço de residência da família: (somente preencher se você não residir com sua família)			
Rua/Av.:			Nº:
Bairro:	Cidade:	Estado:	
Ponto de referência:			
Situação dos pais ou responsáveis financeiros:			
() Casados () União Estável () Viúvo (a) () Divorciados () Separação de fato () outra situação _____			
Informe o nome do responsável legal, se for o caso:			
Situação habitacional da família:			
() própria			
() aluguel - Valor do aluguel R\$ _____ (Apresentar recibo)			
() financiada - Valor do financiamento R\$ _____ (Apresentar recibo/ boleto)			
() cedida (Apresentar declaração)			
II – DADOS ESCOLARES:			
Concluiu o ensino médio			
() Escola pública () Escola particular - Foi bolsista? () Sim () Não ()			
Parte em escola pública /parte em escola particular			
Concluiu algum curso de nível superior? () Não () Sim. Qual?			
Forma de ingresso na UFCA:			
() ENEM/SISU Com sistema de cotas: () Não () Sim. Qual: _____			
() Reopção de curso			
() Processo de Transferência Voluntária			

III – BENS DA FAMÍLIA:

- () Carro (modelo/ano): _____ () Loja/sala comercial
 () Moto () Fazenda
 () Terreno/Lote () Não possui
 () Casa/apartamento-além da/o que a família reside

IV- DOENÇA GRAVE* NA FAMÍLIA:

() Não () Sim. 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.

V - O ESTUDANTE POSSUI ALGUM TIPO DE DEFICIÊNCIA?

() Não () Sim. Qual?

VI - SITUAÇÃO SOCIOECONÔMICA FAMILIAR (incluir nome e dados do estudante)

Nome completo	Parentesco	CPF	Profissão	Situação*	Data nasc.	Renda bruta

*Situação: Carteira de Trabalho Assinada; Funcionário Público Efetivo; Funcionário Público Contratado; Trabalho Informal; Aposentado/Pensionista/Beneficiário INSS; Autônomo; Estagiário; Estudante; Desempregado; Do lar

Renda Familiar Total (Bruta): R\$ _____ Renda Per Capita: R\$ _____

Aspectos financeiros do (a) estudante:

A) Trabalha: () Não () Sim

Local de trabalho: _____

Função: _____

Salário mensal (bruto): R\$ _____

B) Recebe alguma ajuda financeira para se manter: () Não () Sim

De quem: _____ Valor: R\$ _____

C) Recebe pensão alimentícia: () Não () Sim – Valor: R\$ _____

D) É beneficiário de algum programa no âmbito da UFCA: () Não () Sim

Qual: _____ Valor: R\$ _____

E) É bolsista/estagiário: () Não () Sim

Local/Projeto: _____ Valor da bolsa: R\$ _____

F) É beneficiário(a) do Programa Bolsa Permanência: () Não () Sim

VII – BENEFÍCIOS/PROGRAMAS SOCIAIS*

Você ou sua família recebe algum benefício/programa social do governo? () Não () Sim

Qual? _____ Se for em dinheiro, qual o valor? _____

OBS*: Ação de Distribuição de Alimentos (ADA); Benefício de Prestação Continuada (BPC); Passe Livre para a Pessoa com Deficiência; Carteira do Idoso; Concessão de bolsas por entidades com Certificação de Entidades Benéficas de Assistência Social com atuação na área da educação (CEBAS-Educação); Créditos Instalação do Programa Nacional de Reforma Agrária; Facultativo de Baixa Renda; Identidade Jovem (ID Jovem); Isenção de taxas de inscrição em concursos públicos; Isenções na taxa de inscrição para o Exame Nacional do Ensino Médio (Enem); Plano Progridir - Programa Nacional do Microcrédito Produtivo Orientado; Programa Auxílio Brasil; Programa Cisternas - Programa Nacional de Apoio à Captação de Água de Chuva e Outras Tecnologias Sociais de Acesso à Água; Programa Criança Feliz; Programa de Erradicação do Trabalho Infantil; Programa de Fomento às Atividades Produtivas Rurais; Urbanização de Assentamentos Precários; Programa Minha Casa Minha Vida/ Casa Verde Amarela; Programa Nacional de Crédito Fundiário; Programa Nacional de Reforma Agrária; Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos; Sistema de Seleção Unificada - Sisu/Lei de cotas; Tarifa Social de Energia Elétrica; Telefone Popular - Acesso Individual Classe Especial; Programa Estratégia Brasil Amigo da Pessoa Idosa; Projeto Dom Hélder Câmara

VIII - RENDIMENTO ACADÊMICO/ESCOLAR (RAE) - Indicador sugerido pelo Ofício-Circular N° 16/2019/CGRE/DIPPES/ESU/SESU-MEC.

1. Para estudantes veteranos: Qual o seu rendimento acadêmico no último semestre? (Índice MC disponível na margem superior direita do histórico acadêmico) _____

IX - DESPESAS MENSAIS COM TRANSPORTE (De que forma realiza o trajeto residência – universidade – residência?)

() à pé, bicicleta

() carro/moto próprio (a)

() carona

() transporte público coletivo. Valor mensal gasto: R\$ _____

() transporte alternativo (van, ônibus fretado, táxi/moto-táxi, veículos disponíveis por aplicativo, outros, etc.).

Qual? _____ Valor mensal gasto: R\$ _____

X- GASTOS FIXOS MENSAIS

Alimentação: R\$

Água: R\$

Educação: R\$

Energia: R\$

Lazer: R\$

Medicamentos: R\$

Transporte: R\$

Outros: R\$

Total: R\$

XI- Escreva a justificativa da sua solicitação do subsídio e outras informações que julgar importantes. (o não preenchimento deste campo ensejará indeferimento).

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 social do estudante e de sua família.

Declaro que caso venha a ser deferido(a) no subsídio do Refeitório Universitário comprometo-me a cumprir com as responsabilidades direcionadas aos estudantes beneficiários. Declaro conhecer e concordar com as normas estabelecidas pela Resolução Nº 85/Consuni, de 21 de novembro de 2019 e pelo Edital do Subsídio do Refeitório Universitário-2024/PRAE.

_____, _____ de _____ de _____
(Cidade e Estado) (Data)

Assinatura do aluno