

**Dados Pessoais do(a) Aluno(a)**

Nome Completo:			Código:		
Curso:		Turno:		Unidade:	
Naturalidade:		Nacionalidade:		Sexo: ( ) M ( ) F	
Idade:	Estado Civil:	RG:	CPF:		
Endereço:			numero:	CEP:	
Bairro:	UF / Cidade:		Telefone:		
Telefone Celular:	Telefone para Recado:		E-mail:		

**Condições de Moradia**

( ) Própria	( ) Alugada - R\$	( ) Financiada R\$	( ) Cedida - Por quem?
-------------	-------------------	--------------------	------------------------

**Condições Profissionais**

( ) Estudante	( ) Desempregado(a) - Quanto tempo?	( ) Nunca trabalhou	( ) Estagiário
( ) Autônomo(a) / Trabalho Informal		Qual atividade exerce?	
Empresa:		Telefone:	
Função:		Renda Bruta Mensal:	

**Informações do Grupo Familiar**

**Dados Pessoais do(a) Cônjuge**

Nome :		Idade:	N° Filhos:	
Estuda: ( ) Sim ( ) Não		Instituição de ensino:		
( ) Empregado (a)	( ) Desempregado(a) - Quanto tempo?	( ) Nunca trabalhou	( ) Do Lar	( ) Estagiário (a)
( ) Autônomo(a) / Trabalho Informal		Qual atividade exerce?		
Empresa:		Telefone:		
Função:		Renda Bruta Mensal:		

**Dados Pessoais dos Pais**

( ) Casados Legalmente ( ) Separados ( ) Falecido (a) ( ) União Estável ( ) Sem Contato com:

Nome do pai:		Idade:	
Endereço:		numero:	CEP:
Bairro:	UF / Cidade:		Telefone:
( ) Empregado	( ) Desempregado(a) - Quanto tempo?	( ) Nunca trabalhou	( ) Aposentado
( ) Autônomo / Trabalho Informal		Qual atividade exerce?	
Empresa:		Telefone:	
Função:		Renda Bruta Mensal:	
( ) Própria	( ) Alugada - R\$	( ) Financiada R\$	( ) Cedida - Por quem?
Nome da mãe:		Idade:	
Endereço:		numero:	CEP:
Bairro:	UF / Cidade:		Telefone:
( ) Empregada	( ) Desempregado(a) - Quanto tempo?	( ) Do Lar	( ) Nunca trabalhou
( ) Autônomo / Trabalho Informal		Qual atividade exerce?	
Empresa:		Telefone:	
Função:		Renda Bruta Mensal:	
( ) Própria	( ) Alugada - R\$	( ) Financiada R\$	( ) Cedida - Por quem?

**Há despesa com doença grave no grupo familiar, cujo sustento dependa diretamente da família?**

( ) Sim	( ) Não	Quem?	Qual o gasto mensal?
---------	---------	-------	----------------------

Especificar/ anexar laudo médico:


