

**PROGRAMA DE APOIO AO ESTUDANTE**

**RA (Registro Acadêmico do Aluno):** \_\_\_\_\_

Nome do Aluno:		Profissão:	
Est.Civil:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> Viúvo
	<input type="checkbox"/> Desquitado	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Amasiado
Nome do Pai:		Profissão:	
Nome da Mãe:		Profissão:	
Nome do(a) Esposo(a):		Profissão:	
Endereço Completo:			
Bairro:	Cidade:	Estado:	
CEP:	Telefone: (    )		
CPF:	RG:	Emissão:	
Data Nasc.: ____/____/____	Sexo:	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Feminino
Nome do Curso:	Valor da Mensalidade R\$:	Série:	Período: <input type="checkbox"/> Diurno <input type="checkbox"/> Noturno
Possui Curso Superior? Qual? _____	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Há Problema de Saúde na Família ? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não    Qual ? .....	
Cursa Dependência (DP)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Número Componentes do Grupo Familiar    [    ]	
Exerce Atividade Remunerada?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Participa de Algum Programa de Bolsa ? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
O Grupo Familiar mora no Município em que o Candidato estuda?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Número de Pessoas que Contribuem na Renda Familiar    [    ]	
Paga Aluguel?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Renda Familiar	R\$ _____
		Renda do Aluno	R\$ _____
		TOTAL	R\$ _____
Casa Própria ou Cedida?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Número de Pessoas que Dependem da Renda Familiar    [    ]	
Casa Financiada?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	A Família possui condução própria?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
		Marca:	Ano:    R\$:

Declaro que as informações prestadas são verdadeiras e submeto-me a todos os procedimentos de verificação in loco, inclusive visitas domiciliares da assistente social, responsabilizando-me judicialmente pela veracidade delas.

 \_\_\_\_\_  
 Cidade

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

 \_\_\_\_\_  
 Assinatura do Candidato

