



# MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

INSTITUTO FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO

CAMPUS VITÓRIA

Avenida Vitória, 1729 – Jucutuquara – 29040-780 – Vitória – ES

27 3331-2110

GERÊNCIA DE ENSINO

COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA ESTUDANTIL

## FICHA DE ESTUDO SOCIAL

CURSO: \_\_\_\_\_

1º PER \_\_\_\_\_ 2º PER \_\_\_\_\_ 3º PER \_\_\_\_\_ 4º PER \_\_\_\_\_ 5º PER \_\_\_\_\_

6º PER \_\_\_\_\_ 7º PER \_\_\_\_\_ 8º PER \_\_\_\_\_ 9º PER \_\_\_\_\_ 10º PER \_\_\_\_\_

### 1- IDENTIFICAÇÃO DO ALUNO:

NOME: \_\_\_\_\_

DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ NATURALIDADE: \_\_\_\_\_

PROCEDÊNCIA: ÁREA URBANA ÁREA RURAL

RAÇA/ETNIA: AFRODESCENDENTE AMARELO INDÍGENA BRANCO PARDO

ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_ E-MAIL: \_\_\_\_\_

DOC. IDENTIDADE: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

END.: RUA/AV.: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_ COMPLEMENTO: \_\_\_\_\_

BAIRRO: \_\_\_\_\_ CIDADE: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ PONTO DE REFERÊNCIA: \_\_\_\_\_

TELEFONE: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_ TRABALHO: \_\_\_\_\_

BANCO: CAIXA AG.: \_\_\_\_\_ OP.: \_\_\_\_\_ Nº CONTA: \_\_\_\_\_

### 2 – SITUAÇÃO ECONÔMICA DO ALUNO

VOCÊ RECEBE MESADA? ( ) SIM ( ) NÃO – VALOR R\$: \_\_\_\_\_

VOCÊ TRABALHA? ( ) SIM ( ) NÃO – ONDE: \_\_\_\_\_

RENDA: (BRUTO) R\$ \_\_\_\_\_; (LÍQUIDO) R\$ \_\_\_\_\_

VÍNCULO TRABALHISTA: FORMAL ( ); INFORMAL ( ) FUNÇÃO: \_\_\_\_\_

POSSUI OUTRAS RENDAS: ( ) SIM ( ) NÃO ( ) ALUGUEL ( ) AJUDA DE PARENTES ( ) OUTROS \_\_\_\_\_

TEM CARRO/MOTO: ( ) SIM ( ) NÃO – MARCA: \_\_\_\_\_ ANO: \_\_\_\_\_ ( ) QUITADO ( ) PARCELADO

### 3- CURSOS:

INFORMÁTICA: QUAIS? \_\_\_\_\_

LÍNGUAS: QUAIS? \_\_\_\_\_

OUTROS: QUAIS? \_\_\_\_\_

PROCEDÊNCIA ESCOLAR: ESCOLA PÚBLICA ESCOLA PARTICULAR

TEVE BOLSA DE ESTUDO? ( ) FUNDAMENTAL ( ) MÉDIO ( ) PRÉ-VESTIBULAR /

QUAL PERCENTUAL? \_\_\_\_\_

### 4- INFORMAÇÕES SOBRE A FAMÍLIA DO ALUNO E SITUAÇÃO FINANCEIRA:

A) IDENTIFICAÇÃO ( ) PAI ( ) RESPONSÁVEL ( ) CÔNJUGE

NOME: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: RUA/AV.: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_ BAIRRO: \_\_\_\_\_

CIDADE: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ TEL.: \_\_\_\_\_ CEL.: \_\_\_\_\_

( ) RESIDE COM FAMÍLIA ( ) FALECIDO ( ) SEPARADO ( ) LEGALIZADO.

VALOR DA PENSÃO: \_\_\_\_\_

ESCOLARIDADE: \_\_\_\_\_

PROFISSÃO: \_\_\_\_\_ RENDA MENSAL \_\_\_\_\_

▪ SITUAÇÃO EMPREGATÍCIA

( ) EMPREGADO ( ) ATIV. RURAL ( ) AUTÔNOMO ( ) APOSENTADO ( ) DESEMPREGADO ( ) PENSIONISTA

( ) TRABALHADOR INFORMAL ( ) EMPREGADOR ( ) ENCOSTADO POR DOENÇA ( ) BENEFÍCIOS

ASSISTENCIAIS. QUAL: \_\_\_\_\_ ( ) OUTROS: \_\_\_\_\_

TEM CARRO/MOTO: ( ) SIM ( ) NÃO – MARCA: \_\_\_\_\_ ANO: \_\_\_\_\_

( ) QUITADO ( ) PARCELADO



**RENDA FAMILIAR: R\$**

**6-SITUAÇÃO DE SAÚDE**

POSSUI PLANO DE SAÚDE? ( ) SIM ( ) NÃO QUAL? \_\_\_\_\_ VALOR: R\$ \_\_\_\_\_  
SENTE DIFICULDADES EM ENXERGAR? ( ) SIM ( ) NÃO USA ÓCULOS ( ) SIM ( ) NÃO  
EXISTE ALGUMA PESSOA DOENTE NA FAMÍLIA? ( ) SIM ( ) NÃO  
SE POSITIVO: ? ( ) VOCÊ ( ) PAI ( ) MÃE ( ) IRMÃO ( ) OUTRO  
QUE TIPO DE DOENÇA? \_\_\_\_\_  
FAZ TRATAMENTO? ( ) SIM ( ) NÃO UTILIZA ALGUM MEDICAMENTO? ( ) SIM ( ) NÃO  
RECEBE OS MEDICAMENTOS OU PARTE DELES DO POSTO DE SAÚDE? \_\_\_\_\_  
PREVISÃO DE GASTOS COM MEDICAMENTO: ( ) SIM ( ) NÃO VALOR R\$: \_\_\_\_\_  
HÁ ALGUM MEMBRO NA FAMÍLIA COM DEFICIÊNCIA? ( ) SIM ( ) NÃO QUAL? \_\_\_\_\_  
HÁ ALGUM NA FAMÍLIA QUE FAZ USO DE ÁLCOOL OU OUTRAS DROGAS? \_\_\_\_\_

**DECLARAÇÃO**

Declaro que as informações acima contidas são verídicas, sendo que, tenho consciência do agravo que possa estar cometendo caso infrinja os preceitos do artigo 299 do Código Penal (Falsidade Ideológica) transcrito abaixo:

Art. 299. Omitir, em documento público ou particular, declaração de que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante.

Vitória, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do aluno ou do seu responsável em caso de aluno menor de 18 anos