

## Ficha de Inscrição: Bolsas de Estudos da Graduação UNIFEB - 2010

### Identificação

Nome: _____	
Curso: _____	Termo: _____ RA: _____
Est. Civil: _____	Data Nascimento ____/____/____
Conjuge: _____	Data Nascimento ____/____/____
Endereço: _____	CEP: _____
Município: _____	Telefone: _____
E-mail: _____	
RG: _____	CPF: _____

### Situação Profissional

Local de Trabalho: _____	
Endereço: _____	CEP: _____
Cidade: _____	Telefone: _____
Ocupação: _____	

### Situação Habitacional (imóvel)

<input type="checkbox"/> Próprio	<input type="checkbox"/> Alugado	<input type="checkbox"/> Amortizado	<input type="checkbox"/> Cedido	<input type="checkbox"/> Financiado
----------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------	-------------------------------------

(Neste espaço, citar condições da moradia, recursos de infra-estrutura disponível e, se for cedido, citar por quem)

### Composição Familiar

Nome	Idade	Vínculo	Profissão	Renda Mensal

## INFORMES ECONÔMICAS

### Patrimônio - Imóveis e Automóveis


### Despesas Mensais de Manutenção Pessoal e Doméstica

DESPESAS	VALOR
Financiamento Residencial - Parcela _____ / _____	
Aluquel	
Condomínio	
Água	
Luz	
Telefone	
Telefone Celular	
Funcionários (Empregada Doméstica/Diarista)	
Transporte	
Alimentação + Higiene	
Educação	
Convênio Médico (Citar qual)	
Farmácia	
Outros (discriminar)	

### Dívidas, Financiamentos, Empréstimos

Espécie/Origem	Débito Total	Pagamento Mensal

### Tem outro membro da família em Escola Particular

( ) SIM                      ( ) NÃO                      Quantos \_\_\_\_\_

## RECEITAS

Espécie	Valor Bruto	Valor Líquido
Salário do requerente		
Outros proventos do requerente		
Salário de outros membros da família		
Outros		

<b>Total das Despesas</b>	<b>Total dos Rendimentos</b>

(Se houver déficit, indagar e explicar como o mesmo é trabalhado pela família)

### SITUAÇÃO SAÚDE (FAMÍLIA)

Nome: _____	Doença: _____
Medicamentos Utilizados: _____	
Nome: _____	Doença: _____
Medicamentos Utilizados: _____	

### Desempenho Escolar (Será verificado pela Secretaria)

( ) Nº Dependências	( ) Realização Monitoria	( ) Realização Iniciação Científica
---------------------	--------------------------	-------------------------------------

### POSSUE:

( ) Bolsa – Qual e % _____	( ) Desconto - Quanto _____
----------------------------	-----------------------------

### POSSUI OUTRO CURSO SUPERIOR COMPLETO

( ) SIM	( ) NÃO - Qual _____
---------	----------------------

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Aluno

Obs: As fichas deverão ser feitas em 2 Vias.