**Avaliação Socioeconômica**

**Candidato**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1 - Identificação** | | | | | | | | | |
| **Nome:** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Curso:** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Idade:** |  |  | **Data de Nascimento:** | |  |  | **Nacionalidade:** | |  |
| **Sexo:** |  |  | **Estado Civil:** | |  |  |  |  |  |
| **Identidade:** |  |  | **Tel. Residencial:** | |  |  | **Tel. Celular:** | |  |
| **CPF:** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **E-mail:** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Portador de Necessidades Especiais: ( ) Sim ( ) Não** | | | | |  | **Qual:** |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **2 - Endereço** | | | | | | | | | | |
| **Logradouro:** |  |  |  |  | **Número:** | |  | **Complemento:** | | |
| **Bairro:** |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |
| **Cidade:** |  |  |  | | **Estado:** | |  | **CEP:** | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **3 – Escolaridade** | | | | | | |
| **Nome da Escola:** |  |  |  |  | | **Cidade:** |
| **Tipo de Escola: ( ) Pública ( ) Privada ( ) Bolsista** | | | | | | |
| **Formação Nível Superior: ( ) Sim ( ) Não** | | | | **Cursando Atualmente: ( ) Sim ( ) Não** | | |
| **IES que estuda:** | | | |  | **Ano/Semestre:** | |

**4 – Condições de Moradia**

|  |
| --- |
| **Tipo de Residência: ( ) Casa ( ) Apartamento ( ) Pensão ( ) República ( ) Outros** |
| **Condição: ( ) Própria ( ) Alugada ( ) Emprestada** |
| **Quantidade de Cômodos:** |

**5 – Condições de Saúde**

|  |
| --- |
| **Você e seus familiares apresentam algum tipo de doença: ( ) Sim ( ) Não** |
| **Em caso de resposta afirmativa:**  **Quem da Família:** |
| **Qual doença:** |
| **Qual medicamento utilizado:** |

**6 – Relação de Despesas (valores)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Aluguel:** | **Condomínio:** |
| **Alimentação:** | **Água:** |
| **Energia Elétrica:** | **Telefone:** |
| **IPTU:** | **Plano de Saúde:** |
| **Medicamentos:** | **Cartão de Crédito:** |
| **Prestação da Casa:** | **Prestação do Carro:** |
| **Seguro do Carro:** | **Transporte/Combustível:** |
| **Escola/Faculdade Particular:** | **Outros Estudos:** |

**7 – Outras Informações**

**Bens pertencentes ao grupo familiar, incluindo o aluno.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Veículo (detalhar quais veículos com os respetivos anos):** | |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Poupança (valores):** |  |
| **Empresa (descrever o tipo da empresa, quantidade de funcionários e valor de faturamento mensal):** | |
|  |  |
| **Terrenos (localização e valores):** |  |
|  |  |
| **Outros bens:** |  |
|  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **8 – Grupo Familiar (Não preencher a Renda)** | | | |  |
| **#** | **Nome** | | **Parentesco** | **Renda** |
| **01** |  | |  |  |
| **02** |  | |  |  |
| **03** |  | |  |  |
| **04** |  | |  |  |
| **05** |  | |  |  |
| **06** |  | |  |  |
| **07** |  | |  |  |
| **08** |  | |  |  |
| **09** |  | |  |  |
| **10** |  | |  |  |
| **9 – Documentos Pessoais (Uso exclusivo da Uniamérica)** | | | | |
| **Carteira de Identidade: ( ) Sim ( ) Não** | | | | |
| **CPF: ( ) Sim ( ) Não** | | | | |
| **Carteira de Trabalho: ( ) Sim ( ) Não** | |  | | |
| **Comprovante de Renda: ( ) Sim ( ) Não** | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **10 – Renda (Uso exclusivo da Uniamérica)** | | | | |
| **Trabalha: ( ) Sim ( ) Não** |  | **( ) Com Registro ( ) Sem Registro ( ) Outros** | | |
| **Local de Trabalho/Empresa: Cidade:** | | | | |
| **Ocupação/Função/Cargo:** | | |  | |
| **Renda:** | | |  |  |

**Renda Bruta Mensal Familiar:**

**Renda Mensal Per Capita:**

**Salário Mínimo Vigente:** R$ 880,00

**Salários Per Capita:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Observações (Uso exclusivo da Uniamérica)** | | | | |
|  |  |  | | |
|  | | | | |
|  | | |  | |
|  | | |  |  |
|  | | |  |  |

Declaro, serem verdadeiras todas as informações prestadas no formulário. Estou ciente de que a veracidade da documentação que comprova a renda familiar bruta mensal per capita é de minha inteira responsabilidade, e que caso seja verificada a falsidade da mesma, ainda que ocorra posteriormente à realização da matrícula, implicará na minha eliminação e consequente perda da vaga.

Foz do Iguaçu/PR, 11 de janeiro de 2017.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Candidato**

**Nome:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Faculdade União das Américas**

**Associação Internacional União das Américas**

**Atendente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**