



INSTITUTO MARIA AUXILIADORA
Av. Hermes da Fonseca, 603 – Tirol – Natal/RN – Telefone: (84) 4006.4350
CNPJ: 08.319.741/0001-41
Aprovado: Nº 043/2014 – CEE/CEB/RN – Aprovado: 09/09/2014
Reconhecido: Portaria – Nº 728/2014 – SEEC/GS
E-mail: ima@auxiliadoradenatal.com.br – Site: www.auxiliadoradenatal.com.br

FICHA SOCIOECONÔMICA - 2019

INFORMAÇÕES DO ALUNO/A

Aluno(a) _____ Idade: _____
Endereço: _____
Série/Ensino: _____ Turno: _____
Pai: _____ CPF: _____ RG: _____
E-mail: _____ Telefone residencial: _____ Celular: _____
Ocupação: _____ Telefone do trabalho: _____
Mãe: _____ CPF: _____ RG: _____
E-mail: _____ Telefone residencial: _____ Celular: _____
Ocupação: _____ Telefone do trabalho: _____
Responsável pelo aluno (Caso não seja pai/mãe): _____
Grau de parentesco: _____ Reside com o aluno: () Sim () Não

JUSTIFICATIVA

DADOS DO GRUPO FAMILIAR (PESSOAS QUE RESIDEM COM O/A ALUNO/A)

1. Renda bruta familiar (valor sem descontos de empréstimos ou INSS) RS	2. Quantidade de membros que residem na mesma residência do/a aluno/a	3. Renda per capita R\$
4. Situação conjugal dos pais	5. Tipo de residência () Própria () Alugada () Financiada () Cedida	6. Valor aluguel/financiamento R\$
7. Possui veículo	7.1 Quantidade de veículo	7.2 Veículo financiado () Sim () Não
7.3 Modelo/ano do veículo	8. Outro/s membros/s da família estudam em instituição particular? () Sim () Não	9. Caso afirmativo, quantos?
10. Soma dos valores das mensalidades desses membros R\$	11. Algum membro da família é beneficiado/a pelo FIES ou PROUNI? () Sim () Não	12. A família usufrui do bolsa família? () Sim () Não
12.1 Caso afirmativo, qual valor recebido? R\$	13. Alguém na família recebe BPC (Benefício de Prestação Continuada)? () Sim () Não	14. A família está inscrita no CADÚNICO? () Sim () Não

14. Caso positivo, qual número do NIS?	15. Reside alguma pessoa idosa?	15.1 Caso afirmativo, o/a idoso/a é aposentado/a?
	() Sim () Não	
15.2 Valor da aposentadoria	16. Reside alguma pessoa com deficiência?	16.1 Caso afirmativo, qual tipo de deficiência?
R\$	() Sim () Não	
17. Algum membro na família possui doença grave com comprovação médica?	17.1 Qual doença?	
() Sim () Não	() Sim () Não	

INFORMAÇÕES SOBRE OS MEMBROS QUE RESIDEM COM O/A ALUNO/A (EXCETO O/A ALUNO/A)							
NOME	PARENTESCO COM ALUNO	ESTADO CIVIL	IDADE	ESCOLARIDADE	OCUPAÇÃO	ISENTO DE IR	RENDA MENSAL
SOMA DOS RENDIMENTOS							

DESPESAS MENSAS DA FAMÍLIA						
ALIMENTAÇÃO	ÁGUA	ENERGIA	TRANSPORTE	MEDICAMENTO	PLANO DE SAÚDE	OUTRAS DESPESAS

Declaro que as informações apresentadas neste formulário são verdadeiras e de minha inteira responsabilidade, e permito caso necessário, a visita em minha residência do assistente social da Instituição.

Natal/RN ____/____/____

Assinatura

USO EXCLUSIVO DA INSTITUIÇÃO

Comissão

Direção