

**Departamento de Assistência Social**  
**FICHA CADASTRAL – BOLSA DE ESTUDO PROUNI - 2015**

**Obs.: Este formulário é confidencial. Informações para uso do Depto. de Assistência Social - PAULUS**

**I - IDENTIFICAÇÃO**

**DADOS DO CANDIDATO(A) À BOLSA DE ESTUDO**

Candidato (a): \_\_\_\_\_

RG nº \_\_\_\_\_ CPF nº \_\_\_\_\_

Estado civil \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino

**Filiação:**

Pai: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Mãe: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_

Compl. \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_ Município \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_

Telefone residencial ( ) \_\_\_\_\_ Telefone celular ( ) \_\_\_\_\_

É aluno(a) matriculado(a) na FAPCOM: ( ) Não ( ) Sim - Desde quando? \_\_\_\_\_

Curso: \_\_\_\_\_ Período: \_\_\_\_\_

É aluno(a) bolsista na FAPCOM: ( ) Sim ( ) Não

Qual modalidade da bolsa? \_\_\_\_\_ Percentual (%) \_\_\_\_\_

Tem irmão(s) matriculado(s) na FAPCOM: ( ) Não ( ) Sim Quantos \_\_\_\_\_

Tem bolsa de estudo: ( ) Sim ( ) Não

É aluno(a) de outra Instituição de Ensino Superior : ( ) Não ( ) Sim

( ) Pública ( ) Privada

Possui bolsa de estudo pelo ProUni: ( ) Não ( ) Sim

Qual IES: \_\_\_\_\_ Porcentagem: \_\_\_\_\_%

Concluiu o Ensino Médio na: ( ) Rede pública

( ) Rede Privada com bolsa de estudo (Percentual da bolsa: \_\_\_\_\_%)

**II - SITUAÇÃO DE TRABALHO DO (A) CANDIDATO(A)**

**Do Candidato(a):** ( ) Assalariado - CLT ( ) Autônomo ( ) Profissional Liberal ( ) Informal  
 ( ) Aposentado ( ) Pensionista ( ) Desempregado ( ) Do Lar ( ) Sócio ou Dirigente de Empresas  
 ( ) Atividade Rural ( ) Outros: \_\_\_\_\_

Nome da Empresa: \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_

Bairro \_\_\_\_\_ Município \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_ Telefone \_\_\_\_\_ Ramal \_\_\_\_\_

Profissão \_\_\_\_\_ Cargo \_\_\_\_\_

E-mail da empresa \_\_\_\_\_

### III - CONDIÇÃO DO IMÓVEL

( ) Alugado ( ) Próprio Financiado ( ) Próprio Quitado ( ) Cedido ( ) Outro: \_\_\_\_\_  
 n° de Cômodos: \_\_\_\_\_ n° de Banheiros: \_\_\_\_\_  
 Obs: Possui outros imóveis no mesmo terreno? ( ) Não ( ) Sim, quantos: \_\_\_\_\_

### IV – VEÍCULO (Descrever todos os veículos de propriedade do grupo familiar)

**Quantidade de veículos automotores do grupo familiar:** \_\_\_\_\_

1. Modelo/Marca \_\_\_\_\_ Ano \_\_\_\_\_ Proprietário: \_\_\_\_\_

( ) Financiado: Valor das parcelas R\$ \_\_\_\_\_ N°. de parcelas restantes \_\_\_\_\_

2. Modelo/Marca \_\_\_\_\_ Ano \_\_\_\_\_ Proprietário: \_\_\_\_\_

( ) Financiado: Valor das parcelas R\$ \_\_\_\_\_ N°. de parcelas restantes \_\_\_\_\_

3. Modelo/Marca \_\_\_\_\_ Ano \_\_\_\_\_ Proprietário: \_\_\_\_\_

( ) Financiado: Valor das parcelas R\$ \_\_\_\_\_ N°. de parcelas restantes \_\_\_\_\_

**OBS:** (caso o grupo familiar não possua veículos automotores, necessário declaração do estudante neste campo) \_\_\_\_\_

### V - GRUPO FAMILIAR (Incluir todas as pessoas que coabitam no mesmo imóvel)

Nº	NOME	PARENTESCO	IDADE	ESCOLARIDADE	PROFISSÃO	RENDA BRUTA R\$
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

### VI - OUTRAS FONTES DE RENDA

Pensão Alimentícia R\$ _____	Bolsa Família R\$ _____	Benefício Previdenciário (INSS) R\$ _____	Aluguel Recebido R\$ _____	Outras (especificar) _____ R\$ _____
---------------------------------	----------------------------	--	-------------------------------	--

**Obs:** Quem será o responsável financeiro junto a FAPCOM para pagamento das semestralidades e demais despesas no caso de bolsista parcial?

( ) Pai ( ) Mãe ( ) Próprio aluno ( ) Outros. Especifique: \_\_\_\_\_

**VII - CONDIÇÕES DE SAÚDE DO GRUPO FAMILIAR**
**(Mencionar somente as pessoas que pertençam ao grupo familiar)**

 Algum membro familiar está em tratamento médico? ( ) Sim ( ) Não  
 Algum membro familiar em uso de medicamento contínuo? ( ) Sim ( ) Não  
 Há caso de doenças crônicas ou graves na família? ( ) Sim ( ) Não  
 Há caso de pessoas no grupo familiar com algum tipo de deficiência? ( ) Sim ( ) Não

NOME	TIPO DE DOENÇA

**VIII - LEVANTAMENTO DAS DESPESAS FAMILIAR (VALOR APROXIMADO)**

A - Despesas Mensais	R\$	Observações:
Energia elétrica / Água – Telefone (fixo e móvel)		
Condomínio		
Aluguel		
Financiamento		
Combustível		
Alimentação		
Medicamentos contínuos		
Outras despesas (especifique)		

Declaro, sob as penas da Lei (Artigo, 29 - Código Penal), serem verdadeiros os dados prestados neste formulário e os documentos que foram anexados. Estou ciente de que a omissão de informações ou a apresentação de dados ou documentos falsos e/ou divergentes implicam no cancelamento do benefício.

Autorizo o uso das informações aqui prestadas e o arquivamento das cópias dos documentos entregues para efeito de análise socioeconômica no indeferimento ou na concessão e manutenção da bolsa de estudo; em cumprimento da Lei 11.096/05.

São Paulo,..... de.....de 2015.

 \_\_\_\_\_  
 Assinatura do responsável legal  
 (se o candidato(a) tiver idade inferior a 18 anos)  
 RG nº \_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_  
 Assinatura do Candidato(a)

RG nº \_\_\_\_\_

**PARA USO DO DEPTO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL**

Renda Bruta: R\$ \_\_\_\_\_

Salário Mínimo atual: R\$ \_\_\_\_\_

Nº de Pessoas \_\_\_\_\_

Atende aos critérios: ( ) Sim ( ) Não

Renda Percapita: R\$ \_\_\_\_\_

Parecer: ( ) Favorável ( ) Desfavorável

Observações:

 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**PESQUISA COM OS CANDIDATOS A BOLSA DE ESTUDO**  
**2015**

**1. Como você conheceu a FAPCOM? (escolha apenas uma opção)**

- Indicação de alunos ou ex-alunos da FAPCOM
- Indicação de familiares ou colegas de alunos ou ex-alunos da FAPCOM
- Pesquisa na internet
- Feira de estudantes
- Redes Sociais
- Diretoria da FAPCOM
- Editora PAULUS
- Sítio do ProUni
- Outros:
- 

**2. Por que escolheu a FAPCOM?**

---

---

---

---

**3. Em relação a residência:**

Residente na cidade de São Paulo

- Sim:  Norte  Sul  Leste  Oeste  Centro  Sudeste  Noroeste
- Nordeste  Sudoeste

Não Onde: \_\_\_\_\_

**4. Em relação ao candidato, é a primeira pessoa do grupo familiar a ingressar em uma faculdade:**

Sim  Não: Especificar: \_\_\_\_\_

5. Família possui convênio médico:  Sim  Não