

FUNDAÇÃO DOM JAIME DE BARROS CÂMARA – FDJBC –

RUA DEP. ANTÔNIO EDÚ VIEIRA, 1524. PANTANAL, FLORIANÓPOLIS/SC
CEP: 88040-001 - FONE (48) 3234 - 7230 - E-mail: fdjbc@facasc.edu.br

Fundação: 16/08/72
Reg. Civil: Liv. A-12 fls 222
CNPJ 82.898.891/0001-00
Isenção do IR - Proc. 0915-50302/74 de 02/04/74
Util. Publ. Mun. Lei nº. 1323 de 21/07/75
Util. Publ. Esta. Lei nº 5124 de 30/06/75
Util. Publ. Fed. Dec.nº 86.072 de 04/06/81
Reg. no CNSS Proc. nº 250.960/75
Cer. Ent. Fins Fil. Proc. nº 222.020/76
Reg. no CMAS n. 087/2000

Formulário Socioeconômico e Cultural – Ano letivo de 2025

1. Identificação do (a) aluno (a)

Nome		Nº Matrícula	Turma
Masculino	Feminino	Idade	

2. Endereço do (a) aluno (a)

Rua:		Nº	
Bairro:	Cidade:		
CEP	Telefone de contato:	Celular:	

3. Você se declara

Branco(a)	Pardo(a)	Preto(a)	Amarelo(a)	Indígena

4. Qual o seu estado civil

Solteiro (a)	União Estável	Casado (a)	Separado (a)	Divorciado (a)	Viúvo (a)

5. Você possui algum tipo de renda?

Digite "Não"	
Digite "Sim"	Qual a origem de seus recursos financeiros:
	trabalho com vínculo empregatício (CLT);
	trabalho sem vínculo empregatício;
	mesada;
	bolsa de Estudo/Pesquisa/Extensão
	estágio remunerado
	seguro desemprego (data do início):
	outros / especifique:

6. Rendimentos

- Na coluna Renda Mensal, preencha com o valor bruto recebido

- Toda e qualquer forma de renda deve ser informada. Lembre-se de incluir a Pensão Alimentícia (se houver).				
Nome completo do Aluno/a bolsista e/ou familiares do grupo familiar	Data Nascimento	Parentesco	Situação Ocupacional	Renda Bruta Mês (R\$)
Some os valores da coluna renda mensal e o informe no Total			Total	

7. Despesas mensais fixas do/a Aluno/a (considerar último mês):

Despesas		Valor R\$	Despesas		Valor R\$
1.	Moradia		4.	Luz	
2.	Alimentação		5.	Telefone / Celular/Internet	
3.	Água		6.	Saúde	
Somar os valores e informar no Total			Total		

8. Você já concluiu outro Curso Superior?

Digite "Não"	
Digite "Sim"	Informe em quais condições
	Todo em Universidade/Faculdade Pública
	Todo em Universidade/Faculdade Privada
	Uma parte em Universidade Privada e outra em Universidade Pública

8.1 Em caso de Universidade Privada, você se beneficiou com programas de Bolsas de Estudo?

Digite "Não"
Digite "Sim"

9. Como você se desloca para ir à FACASC?

Digite "Sim"	Informe em quais condições
	transporte coletivo
	a pé ou de bicicleta
	transporte próprio
	de carona
	de transporte locado (Prefeitura/Escolar, etc.)
	outros meios de transporte

10. Mobilidade

10.1 Você possui veículo?

Digite "Não"	
Digite "Sim"	Informe em quais condições

	próprio e quitado.
	financiado, com parcela mensal de R\$:
	ano para quitação:
	cedido por:

11. Você costuma participar das atividades culturais (cinema, teatro, apresentações musicais, mostras culturais, saraus, manifestações da cultura popular, outros)?

Digite "Não"	
Digite "Sim"	Informe com que frequência
	de uma a duas vezes por mês
	de três a quatro vezes por mês
	mais de quatro vezes por mês

12. Quanto aos seus hábitos de leitura, o que mais costuma ler?

Digite "Sim"	Informe "Sim" para o(os) item(s) que julgue se enquadrar
	livros
	revistas
	Jornais
	site, blogs
	raramente lê
	não tenho hábito de leitura
	outros / especifique

13. Qual sua principal fonte de informação sobre a atualidade?

Digite "Sim"	Informe "Sim" para o(os) item(s) que julgue se enquadrar
	internet
	telejornal
	programas de TV
	jornal impresso
	rádio
	revistas
	redes sociais
	outros / especifique

14. Saúde – Candidato

14.1 Você possui Plano de Saúde?

Digite "Não"	
Digite "Sim"	Especifique
	qual valor mensal?

14.2 Você tem algum tipo de deficiência física ou limitação que queira declarar?

Digite "Não"	
Digite "Sim"	Informe "Sim" para o(os) item(s) que julgue se enquadrar
	visual
	auditiva
	mental
	física

	outra / especifique:	
	custo mensal com tratamento: R\$	

15. Saúde - Grupo Familiar * (Obs.: responder somente se você reside com seu Grupo Familiar)

* Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993 Artigo 20, § 1º, para os efeitos do disposto no **caput**, a família é composta pelo requerente, o cônjuge ou companheiro, os pais e, na ausência de um deles, a madrasta ou o padrasto, os irmãos solteiros, os filhos e enteados solteiros e os menores tutelados, desde que vivam sob o mesmo teto

15.1 Há membros do Grupo Familiar com algum tipo de deficiência?

Digite "NÃO SE APLICA" caso você resida sozinho (a)			
Digite "Sim"	Informe o(s) nome(s) da(s) pessoa(s) do grupo familiar	Cite se há doença grave ou crônica	Gastos mensais com medicamentos (R\$)

16. Quantas refeições diárias você faz por dia?

Digite "Sim"	Informe com que frequência
	uma refeição
	até três refeições
	mais de três refeições

17. Com que frequência você vai ao médico?

Digite "Sim"	Informe com que frequência
	quando sinto dor ou indisposto em virtude de algum problema
	a cada seis meses, independente de problemas
	uma vez por ano, independente de problemas
	vou esporadicamente
	vou ao médico com frequência para tratamento especializado
	nunca vou ao médico

18. Com que frequência você vai ao dentista?

Digite "Sim"	Informe com que frequência
	quando sinto dor ou indisposto em virtude de algum problema
	a cada seis meses, independente de problemas
	uma vez por ano, independente de problemas
	vou esporadicamente
	vou ao dentista com frequência para tratamento especializado
	nunca vou ao dentista

19. Você realiza algum tratamento médico ou acompanhamento frequente de profissionais específicos?

Digite "Não"	
Digite "Sim"	Informe "Sim" para o(os) item(s) que julgue se enquadrar
	Psicólogo
	Psiquiatra

	Acupuntura
	Fisioterapeuta
	Outro / especifique:

20. Você utiliza quais serviços de saúde?

Digite "Sim"	Informe "Sim" para o(os) item(s) que julgue se enquadrar
	Hospital ou Unidade Básica de Saúde do SUS
	Hospital ou Clínicas particulares
	Hospital ou Clínicas que atendem pelo meu Plano de Saúde
	Serviços de saúde do sindicato
	Outros / especifique:

21. Moradia

Digite "Sim"	Informe "Sim" para o item que julgue se enquadrar
	Casa / Apto. próprio(a), quitado(a);
	Casa / Apto. próprio(a), financiado por instituições financeiras
	Custo mensal: R\$
	Casa / Apto. próprio(a) / por meio de Programas de Governos
	Custo mensal: R\$
	Casa / Apto. alugado(a).
	Custo mensal: R\$
	Pensão, República
	Custo mensal: R\$
	Casa / Apto. / Seminário cedido(a) por terceiros
	Informe o cedente:

22. Que itens abaixo há em sua atual residência?

Digite "Sim"	Informe "Sim" para o(os) item(s) que julgue se enquadrar
	Televisão com imagem digital
	DVD
	Rádio
	Computador
	Automóvel
	Máquina de lavar roupas
	Geladeira
	Micro-ondas
	Forno elétrico
	Telefone fixo
	telefone celular
	TV por assinatura
	Internet
	diarista ou empregada doméstica
	Outros / Especifique:

23. Use o espaço abaixo para descrever informações que julgue importantes para complementar este formulário socioeconômico e cultural.

