



#### 4. SITUAÇÃO FAMILIAR

4.1 Estado Civil do Discente: ( ) Solteiro(a) ( ) Casado(a) ( ) Viúvo(a) ( ) Divorciado(a)  
( ) Vive com companheiro(a) ( ) Outros. Qual? \_\_\_\_\_

4.2 Estado Civil dos Pais do Discente: ( ) Casados ( ) Separados ( ) Pai Falecido  
( ) Mãe Falecida ( ) Outros. Qual? \_\_\_\_\_

4.3 No caso de Pais Separados, você, seu pai ou mãe recebem pensão alimentícia?  
( ) Não ( ) Sim. Valor: R\$ \_\_\_\_\_

4.4 Você tem Filhos?  
( ) Não ( ) Sim. Quantos? \_\_\_\_\_ Quais as Idades de cada um? \_\_\_\_\_

4.5 Você paga pensão alimentícia a filhos ou ex-cônjuge?  
( ) Não ( ) Sim. Valor: R\$ \_\_\_\_\_

4.6 Você recebe pensão alimentícia para seus filhos?  
( ) Não ( ) Sim. Valor: R\$ \_\_\_\_\_

#### 5. COMPOSIÇÃO FAMILIAR E SITUAÇÃO SOCIOECONÔMICA:

5.1 Escreva os nomes de todas as pessoas do seu grupo familiar, inclusive o seu:

Nº	Nome do Membros da Família	Parentesco	Escolaridade	Profissão/ Ocupação	Idade	Renda mensal (R\$)
01						
02						
03						
04						
05						
06						
07						
08						
09						
10						

5.2 Das pessoas citadas acima, alguma estuda no IFAM?  
( ) Não ( ) Sim. Caso afirmativo, em que *campus* estuda? \_\_\_\_\_  
Quem? \_\_\_\_\_ Qual o Curso? \_\_\_\_\_

#### 6. DADOS DE SAÚDE:

6.1- Você possui alguma deficiência?  
( ) Nenhuma ( ) Visual ( ) Físico-Motora ( ) Auditiva ( ) De Fala

6.2- Existe caso de doença grave ou crônica no Núcleo Familiar? Caso sim, relacione-o(s) a seguir:

Nome	Grau de parentesco	Doença	Despesa Mensal (R\$)

**7. GASTOS FAMILIARES MENSALIS:**

Despesas	Sim	Não	Valor Aproximado (R\$)	Despesas	Sim	Não	Valor Aproximado (R\$)
Aluguel				Saúde (dentista)			
Prestação da casa própria				Alimentação			
Condomínio				Farmácia			
Água				Seguro (saúde, de vida, residencial, veículo etc.)			
Telefone (celular + fixo)				Gás			
Energia Elétrica				Transporte			
Combustível				Internet			
Empréstimo Bancário				Vestuário			
Educação				Empregada Doméstica			

**8. CONDIÇÕES DE TRANSPORTE:**

8.1 Que meio de transporte utiliza para chegar ao seu *campus*- IFAM?

( ) A pé ( ) Carona ( ) Bicicleta ( ) Transporte Coletivo/Ônibus ( ) Transporte Próprio/Carro ou Moto ( ) Moto-Taxi ( ) Lotação. Outros. Qual? \_\_\_\_\_

8.2 Quem paga o transporte escolar? \_\_\_\_\_

8.3 Quanto tempo gasta entre a Escola (*campus* do IFAM) até sua residência? \_\_\_\_\_

8.4. Qual seu gasto mensal com transporte até o IFAM? \_\_\_\_\_

**9. ESCOLA DE ORIGEM ANTES DE ESTUDAR NO IFAM FOI EM:**

( ) Escola Municipal ( ) Escola Estadual ( ) Escola Particular: ( ) Com Bolsa integral;  
( ) Com Bolsa parcial;  
( ) Sem bolsa.

**10. PLANOS PARA CONCLUIR O CURSO:**

( ) Emprego ( ) Continuar os Estudos ( ) Ainda não decidiu

**11. MARQUE O(S) BENEFÍCIO(S) DE SEU INTERESSE:**

( ) Alimentação ( ) Creche ( ) Material didático-pedagógico ( ) Transporte

( ) Moradia ( ) Alojamento

( ) Outros. Qual? \_\_\_\_\_

**12. JUSTIFIQUE O MOTIVO DA SOLICITAÇÃO DO BENEFÍCIO:**

---

---

---

---

---

---

---

---

Declaro serem verdadeiras todas as informações aqui prestadas nesse Cadastro Socioeconômico.

Cidade e Data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Discente

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pai, Mãe e/ou Responsável