

UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SANTA CATARINA - UDESC
PRÓ - REITORIA DE ADMINISTRAÇÃO – PROAD
COORDENADORIA DE RECURSOS HUMANOS - CRH SERVIÇO DE
ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO SERVIDOR – SASS SAÚDE
OCUPACIONAL

CADASTRO SÓCIO ECONÔMICO PARA BOLSA APOIO DISCENTE

I . IDENTIFICAÇÃO

Nome: Maria Luiza Pires de Jesus				
Sexo M () F(x)	Data de nascimento: 28/02/2002	Estado Civil: Solteira	Procedência (cidade/UF): Chapeco - SC	
Curso: Enfermagem	Fase: 3º	Centro: CEO	Matrícula: 4091112224	
RG: 7399042	CPF: 063.529.571-70	Naturalidade (cidade/UF) São Lourenço do Oeste - SC		
Endereço do estudante (rua, avenida): Rua sete de setembro	Número: 64 D	Casa () Apartamento(X)	Bloco/Complemento Apt 8	
Bairro Centro	Cidade Chapeco	UF SC	CEP 89801-140	Fone (17)98110-3464
Endereço Eletrônico (email) 06352957170@edu.udesc.br marialuiza28p.j@gmail.com		Telefone para recado (17) 98110-3464 (17) 99787-0114		
Endereço dos pais/responsáveis (rua/avenida) Rua Bahia		Número 824	Casa (x) Apartamento ()	
Bairro Centro	Cidade e UF São Gabriel do Oeste - MS	CEP 79490-000	Fone (67) 99828-3556	

II . ESCOLARIDADE

Possui curso superior? Sim () Não () Está cursando(X)
Nome do curso: Enfermagem
Cursou o ensino médio em Escola (x) Pública () Particular
(x) Particular com Bolsa () Particular sem bolsa
Apresentar cópia de histórico escolar ou certificado

III . HABITAÇÃO

Situação de moradia do aluno ou solicitante, atualmente reside : () com a família () com parentes () sozinho () pensão () república outros (especificar): Divido aluguel
() moradia própria () cedida () financiada (valor) _____ (X) alugada (valor) R\$1057,00 () pensão _____ () república _____ (apresentar cópia de financiamento, declaração de cedência, declaração do responsável pela pensão ou república, recibo de pagamento do aluguel)
() alvenaria () madeira () mista () casa (X) apartamento

IV . SITUAÇÃO SÓCIOECONÔMICA DO/A ALUNO/A

Atual fonte de recursos: (comprovar anexando fotocópia)

1. Trabalho: R\$ 80,00 _____	6. Bolsa de Apoio discente: 0,00 _____
2. Mesada: R\$ 500,00 _____	7. Outros: R\$ 0,00 _____
3. Bolsa/monitoria: R\$ 0,00 _____	8. Renda familiar: R\$ _____
4. Bolsa/pesquisa: R\$ 0,00 _____	
5. Bolsa/extensão: R\$ 0,00 _____	

Você já recebeu algum benefício da UDESC ? () Não
(X)Sim
Qual: PRAFE_____

Por quanto tempo 6 MESES

Despesas mensais* (comprovar anexando fotocópia)

*Aluguel: R\$ **1057,00**_____

*Financiamento: R\$**0,00** _____

Transporte: R\$ **0,00**_____

Alimentação: R\$ **400,00**_____

*Outros (especificar por ex.: medicação, consulta, despesas com saúde do acadêmico ou familiares, etc) .

Onde você faz sua alimentação? (X) Casa ()
Lanchonete ()Outros (especificar)

Transporte que utiliza: () Carro próprio
() Carro da família
() Ônibus (transporte coletivo) () Moto
(X) Não utiliza
() Outros: especificar

V. COMPOSIÇÃO FAMILIAR (relacione os dados de seus familiares , os seus dados e de outras pessoas que contribuam ou dependam da renda familiar , mesmo que não residam com você):

Nome	Parentesco	Idade	Estado Civil	Profissão	Situação Atual *	Renda Mensal (bruta)	Outras rendas
Maria Luiza Pires de Jesus		21	Solteiro	Estudante	E	160,00	0,00
Juliano de Jesus	Pai	42	Separado	Autonomo	T	3800,00	0,00
Valentina de Jesus	Irmã	8	Solteiro	Estudante	E	0,00	0,00
Joaquim de Jesus	Irmão	1	Solteiro			0,00	0,00

* Código da situação atual : **A** – aposentado **T** – Trabalha **I** – Incapacitado (doença) **E** - Estudante **P** – Pensionista`
DSR – Desempregado sem renda

VII. EXPERIÊNCIA DE TRABALHO

Entidade e/ou serviço comunitário	Tarefa executada	Tempo de trabalho (por quanto tempo atuou?)
Empresa familiar, quitanda da terra	Caixa e ropositora de produtos	+/- 8 meses
Hospital de amor de Jales	Administração de pessoal (Jovem Aprendiz)	11 meses

X. Coloque aqui algumas informações que você julgue interessante e necessário acrescentar.

- Fico ciente que preenchendo este cadastro, não significa deferimento de qualquer benefício.
- Sendo assim, devo procurar o Serviço Social/SASS- CRH, sempre que quiser requerer benefício, com antecedência mínima de 48 horas úteis ou conforme edital.
- Autorizo o Serviço Social a solicitar outros documentos, realizar entrevistas e/ou visitas domiciliares.
- Declaro que as informações prestadas neste cadastro são verdadeiras.

Data: 27/03/2023

Assinatura do Aluno: Maria Luiza Pires de Jesus