



**100** anos  
Escola de Educação  
Básica IDEAU - Santa Clara

**Escola de Educação Básica IDEAU  
SANTA CLARA**



**Rua Jacob Gremmelmaier, 215 - Getúlio Vargas - RS**

**Fone (54) 3341-6600 - CEP 99900-000**

### **QUESTIONÁRIO SOCIO-ECONÔMICO**

Caro Responsável, preencha TODO o questionário e APRESENTE A DOCUMENTAÇÃO solicitada, para que não haja prejuízo na avaliação de seu pedido.

#### **1 – IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDANTE**

Nome: \_\_\_\_\_

Série: \_\_\_\_\_ Data Nascimento: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Tem irmãos? ( ) sim ( ) não - Quantos: \_\_\_\_\_

Escola em que estudou em 2023: \_\_\_\_\_

#### **2 – DADOS PESSOAIS DOS PAIS**

PAI: \_\_\_\_\_

DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_

GRAU DE INSTRUÇÃO:

ENSINO FUNDAMENTAL: ( ) COMPLETO ( ) INCOMPLETO

ENSINO MÉDIO: ( ) COMPLETO ( ) INCOMPLETO

ENSINO SUPERIOR: ( ) COMPLETO ( ) INCOMPLETO

ESPECIALIZAÇÃO: ( ) COMPLETO ( ) INCOMPLETO

TELEFONE PARA CONTATO: \_\_\_\_\_

MÃE: \_\_\_\_\_

DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_

GRAU DE INSTRUÇÃO:

ENSINO FUNDAMENTAL: ( ) COMPLETO ( ) INCOMPLETO

ENSINO MÉDIO: ( ) COMPLETO ( ) INCOMPLETO

ENSINO SUPERIOR: ( ) COMPLETO ( ) INCOMPLETO

ESPECIALIZAÇÃO: ( ) COMPLETO ( ) INCOMPLETO

TELEFONE PARA CONTATO: \_\_\_\_\_

- SITUAÇÃO CONJUGAL DOS PAIS:

( ) Solteiro ( ) Viúvo

( ) Casado ( ) Outros \_\_\_\_\_

( ) Divorciado

### 3 – SITUAÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA (do requerente)

- ASSINALE A SUA SITUAÇÃO DE TRABALHO:

- ( ) TRABALHO COM VÍNCULO EMPREGATÍCIO  
( ) TRABALHO TEMPORÁRIO  
( ) TRABALHO AUTÔNOMO  
( ) TRABALHO INFORMAL  
( ) TRABALHO EM EMPRESA PRÓPRIA  
( ) RECEBE SEGURO DESEMPREGO  
( ) NUNCA TRABALHOU  
( ) NUNCA TRABALHOU COM VÍNCULO EMPREGATÍCIO  
( ) PENSIONISTA  
( ) AFASTADO  
( ) OUTROS \_\_\_\_\_

- POSSUI CASA?

- ( ) PRÓPRIA  
( ) FINANCIADA  
( ) ALUGADA  
( ) CEDIDA  
( ) OUTROS: \_\_\_\_\_

- POSSUI CARRO PRÓPRIO?

( ) SIM ( ) NÃO

- POSSUI ALGUMA PROPRIEDADE?

( ) SIM ( ) NÃO

- Em caso afirmativo relacionar:

( ) ZONA URBANA ( ) ZONA RURAL

RENDA MENSAL DO PAI: R\$ \_\_\_\_\_

RENDA MENSAL DA MÃE: R\$ \_\_\_\_\_

### 4 – SITUAÇÃO DE SAÚDE NA FAMÍLIA

- EXISTE ALGUÉM NA FAMÍLIA COM PROBLEMAS PERMANENTES DE SAÚDE?

( ) SIM ( ) NÃO

- EM CASO AFIRMATIVO, QUAL O MEMBRO DA FAMÍLIA? \_\_\_\_\_

• QUAL É O TIPO DE DOENÇA? (pulmonar, sanguínea, renal, Câncer, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS, neurológica, cardíaca, psicológica, outras): \_\_\_\_\_

- EXISTE ALGUÉM NA FAMÍLIA QUE ESTÁ EM TRATAMENTO MÉDICO?

( ) Sim ( ) Não

- EM CASO AFIRMATIVO, QUAL O MEMBRO DA FAMÍLIA? \_\_\_\_\_
- FAZ USO CONTINUO DE ALGUM MEDICAMENTO? ( ) Sim ( ) Não
- EXISTE ALGUÉM COM NECESSIDADES ESPECIAIS NA FAMÍLIA?  
( ) Sim ( ) Não
- EM CASO AFIRMATIVO, QUAL O MEMBRO DA FAMÍLIA? \_\_\_\_\_
- EM CASO AFIRMATIVO, QUAL A NECESSIDADE ESPECIAL? \_\_\_\_\_

**TERMO DE RESPONSABILIDADE**

Responsabilizo-me pelas informações aqui prestadas e declaro estar ciente que, a qualquer tempo, em caso de constatação de falsidade delas ou da inidoneidade dos documentos apresentados, o benefício a mim concedido será imediatamente cancelado, sem prejuízo das demais sanções cíveis e penais cabíveis.

Getúlio Vargas/RS, \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Nome do Requerente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Requerente

**Deferimento da comissão** ( ) Sim Percentual deferido \_\_\_\_\_%  
( ) Não

**OBS: Anexar cópia do CPF, carteira de identidade, comprovante de renda, de residência e declaração de IR, junto a este questionário.**