



Fundação Romi[®]

Núcleo de
Educação Integrada

Santa Bárbara d'Oeste, _____ de _____ de 2018.

QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO 2019

DADOS DO ALUNO

NOME DO ALUNO(A): _____

RG: _____

CPF: _____

DATA DE NASCIMENTO: _____

RAÇA: _____

NACIONALIDADE: _____

UF: _____

MUNICÍPIO NASC: _____

ENDEREÇO

ENDEREÇO: _____ Nº _____

BAIRRO: _____

COMPLEMENTO: _____

CIDADE: _____

CEP: _____

TELEFONE: () _____

CELULAR: () _____ / () _____

RECADO: () _____

TRABALHO: () _____

FICHA MÉDICA

CONVÊNIO: _____

TIPO SANGUÍNEO: _____

RH: _____

PESO: _____

ALTURA: _____

ALERGIA: _____

DOENÇA: _____

MEDICAMENTO: _____

OBSERVAÇÕES: _____

RELAÇÃO FAMILIAR

NÚMERO DE ORDEM DO RESPONSÁVEL DA FAMÍLIA. EX: (1) PAI (2) MÃE

() MÃE

() PAI

() IRMÃO / IRMÃ

() CUNHADO(A)

() AVÔ / AVÓ

() TIO(A)

() PRIMO (A)

() PADRASTO / MADRASTA

() OUTRO: _____

SE CRIANÇA DE 0 À 6 ANOS, COM QUEM FICA?

() MÃE / PAI

() AVÔ / AVÓ

() IRMÃO / IRMÃ

() SOZINHO

() CRECHE

PARTICIPAÇÃO EM PROGRAMAS DO GOVERNO

PARTICIPA DE ALGUM PROGRAMA DO GOVERNO FEDERAL OU RECEBE ALGUM BENEFÍCIO SOCIAL?

() BOLSA CRIANÇA CIDADÃ - PETI

() LOAS / BPC

() BOLSA FAMÍLIA

() AGENTE JOVEM

() PRONAF

() NENHUM

() BOLSA ESCOLA

() PREVIDÊNCIA RURAL

() OUTRO: _____

() BOLSA ALIMENTAÇÃO

() PROGER

DATA DA INCLUSÃO: _____ / _____ / _____

PARTICIPA DO JUVENTUDE CIDADÃO? () SIM () NÃO

VALOR DO BENEFÍCIO: R\$ _____

TIPO DO BENEFÍCIO: _____

CARACTERÍSTICAS DO DOMICÍLIO

TEMPO DE MORADIA: ANOS: _____ MESES: _____

TIPO DE LOCALIDADE: () URBANA () RURAL

RESIDÊNCIA: () ALUGADO () ARRENDADO () CEDIDO () FINANCIADO () INVASÃO () PRÓPRIO

TIPO DE RESIDÊNCIA: () CASA () CÔMODOS () APARTAMENTO () OUTROS

NÚMERO DE CÔMODOS: _____ NÚMERO DE PESSOAS NO DOMICÍLIO: _____

TIPO DE CONSTRUÇÃO:

() TIJOLO / ALVENARIA () TAIPA NÃO REVESTIDA () MATERIAL APROVEITAMENTO
() ADOBE () TAIPA REVESTIDA () OUTROS
() MADEIRA

TIPO DE ABASTECIMENTO:

() REDE PÚBLICA () POÇO/NASCENTE () CARRO PIPA () OUTRO

TRATAMENTO DE ÁGUA:

() FILTRAÇÃO () FERVURA () CLORAÇÃO () SEM TRATAMENTO () OUTRO

TIPO DE ILUMINAÇÃO:

() RELÓGIO PRÓPRIO () SEM RELÓGIO () RELÓGIO COMUNITÁRIO () LAMPIÃO () VELA () OUTRO

ESCOAMENTO SANITÁRIO:

() REDE PÚBLICA () FOSSA RUDIMENTAR () FOSSA SÉPTICA () VALA () CÉU ABERTO () OUTRO

DESTINO DO LIXO NO DOMICÍLIO:

() COLETADO () QUEIMADO () ENTERRADO () CÉU ABERTO () OUTRO

CRIANÇA MENOR QUE 6 ANOS FICA COM QUEM?

CARACTERÍSTICAS DA FAMÍLIA

DESPESAS DA FAMÍLIA (PREENCHER SOMENTE PELA MÃE/RESPONSÁVEL DA FAMÍLIA):

ALUGUEL: R\$ _____

TRANSPORTE: R\$ _____

PRESTAÇÃO HABITACIONAL: R\$ _____

MEDICAMENTO: R\$ _____

ALIMENTAÇÃO: R\$ _____

GÁS: R\$ _____

ÁGUA: R\$ _____

TELEFONE: R\$ _____

LUZ: R\$ _____

OUTRAS DESPESAS: R\$ _____

QUANTIDADE DE PESSOAS DEPENDENTES DA RENDA: _____

IDENTIFICAÇÃO DE MORADOR

GRAU DE PARENTESCO: _____ DATA DE NASCIMENTO: _____
NOME: _____
ENDEREÇO _____ Nº: _____
BAIRRO: _____ COMPLEMENTO: _____
CIDADE: _____ CEP: _____
RG: _____ CPF: _____
POSSUI CNH? () SIM () NÃO CATEGORIA: () A () B () C () D () E () AB () AC () AD () AE

NACIONALIDADE: () BRASILEIRA () BRASILEIR NATURALIZADO () ESTRANGEIRA
PAÍS DE ORIGEM (SE ESTRANGEIRO): _____ **DATA DA CHEGADA NO BRASIL:** _____
UF DE NASCIMENTO: _____ **MUNICÍPIO DE NASCIMENTO:** _____

ESTADO CIVIL: () SOLTEIRO(A) () CASADO(A) () DIVORCIADO(A) () VIÚVO(A) () UNIÃO ESTÁVEL
RAÇA: () BRANCA () NEGRA () PARDA () AMARELA () INDÍGENA
TIPO DE DEFICIÊNCIA: () CEGUEIRA () MUDEZ () SURDEZ () MENTAL () FÍSICA () NENHUM
FALECIDO: () SIM () NÃO

QUALIFICAÇÃO ESCOLAR

GRAU DE INSTRUÇÃO:

() ANALFABETO	() ENSINO MÉDIO COMPLETO
() 4ª SÉRIE INCOMPLETA (ENSINO FUNDAMENTAL)	() SUPERIOR INCOMPLETO
() 4ª SÉRIE COMPLETA (ENSINO FUNDAMENTAL)	() SUPERIOR COMPLETO
() 5ª A 8ª INCOMPLETA (ENSINO FUNDAMENTAL)	() ESPECIALIZAÇÃO
() ENSINO FUNDAMENTAL COMPLETO	() MESTRADO
() ENSINO MÉDIO INCOMPLETO	() DOUTORADO

FREQÜENTA ESCOLA? () SIM () NÃO
SÉRIE ESCOLAR: _____
NOME DA ESCOLA: _____

QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL

SITUAÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO:

() EMPREGADOR	() TRABALHADOR RURAL
() ASSALARIADO COM CARTEIRA DE TRABALHO	() APOSENTADORIA / PENSIONISTA
() ASSALARIADO SEM CARTEIRA DE TRABALHO	() EMPREGADOR RURAL
() AUTÔNOMO COM PREVIDÊNCIA SOCIAL	() DESEMPREGADO
() AUTÔNOMO SEM PREVIDÊNCIA SOCIAL	() NÃO TRABALHA

NOME DA EMPRESA EM QUE TRABALHA (SE DESEMPREGADO, INFORMAR O ÚLTIMO EMPREGO): _____

CARGO: _____ DATA DE ADMISSÃO: _____
REMUNERAÇÃO: R\$ _____
RENDA DE APOSENTADORIA: R\$ _____
RENDA DE SEGURO-DESEMPREGO: R\$ _____
RENDA DE PENSÃO ALIMENTÍCIA: R\$ _____
OUTRAS RENDAS: R\$ _____ DESCRIÇÃO: _____
PROGRAMA DO GOVERNO: R\$ _____ DATA INCLUSÃO: _____ QUAL? _____

TEMPO DE MORADIA : _____ ANOS _____ MESES

SE MULHER: GRÁVIDA? _____ QUANTO TEMPO? _____ AMAMENTANDO? _____