

**ANEXO I**

**FORMULÁRIO DE ANÁLISE DE PERFIL SOCIOECONÔMICO**

CURSO: \_\_\_\_\_ UNIDADE: \_\_\_\_\_ TURNO: \_\_\_\_\_

**1. DADOS DOS CANDIDATOS A APRENDIZ NO MURIALDO**

Nome: \_\_\_\_\_  
Sexo: ( ) M ( ) F Data de Nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Nome do Pai: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_  
Nome da Mãe: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_  
RG: \_\_\_\_\_ Órgão: \_\_\_\_\_ Emissão: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
CTPS N°: \_\_\_\_\_ Série: \_\_\_\_\_ PIS: \_\_\_\_\_ NIS: \_\_\_\_\_  
Escola: \_\_\_\_\_ Ano: \_\_\_\_\_ Turno: \_\_\_\_\_ foi reprovado? \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_ Facebook: \_\_\_\_\_  
Foi indicado por alguém. Se sim, quem? \_\_\_\_\_  
Frequentou SCFV (Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos)? \_\_\_\_\_ Qual? \_\_\_\_\_  
Endereço Residencial: \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
Ponto de Referência \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
Telefones para contato: \_\_\_\_\_

**2. DADOS DO RESPONSÁVEL JUNTO A ENTIDADE – Grau de Parentesco \_\_\_\_\_**

Nome: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
RG: \_\_\_\_\_ Órgão: \_\_\_\_\_ Emissão: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Estado civil: ( ) solteiro(a) ( ) casado (a) ( ) divorciado(a) ( ) separado(a) ( ) união estável  
Caso não seja o Pai ou a Mãe, possui Termo de guarda Sim ( ) Não ( )  
Inscrição no CADUNICO? Número do NIS: \_\_\_\_\_ Atualizado em \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Local de trabalho: \_\_\_\_\_ Telefone Comercial: \_\_\_\_\_  
Telefones para contato: \_\_\_\_\_  
Faixa Salarial (em salários mínimos): ( ) até 2 ( ) de 3 a 5 ( ) de 6 a 10 ( ) acima de 11

**3. COMPOSIÇÃO FAMILIAR (PESSOAS QUE RESIDEM NA CASA COM O CANDIDATO)**

NOME (COMPLETO)	IDADE	PARENTESCO	PROFISSÃO	RENDA
<b>RENDA FAMILIAR BRUTA</b>				

#### 4. DO ADOLESCENTE E SUA FAMÍLIA

Faz algum acompanhamento de saúde? (Psicológico, neurológico, psicopedagógico, etc )

Quem: \_\_\_\_\_ Qual: \_\_\_\_\_ Onde: \_\_\_\_\_

Faz uso de medicação contínua? Qual? \_\_\_\_\_

Adolescente é alérgico ou tem intolerância? \_\_\_\_\_ Possui plano de Saúde? Qual? \_\_\_\_\_

UBS que utiliza: \_\_\_\_\_ Cartão SUS N° \_\_\_\_\_

Existe doença crônica na família? \_\_\_\_\_ Quem é o portador \_\_\_\_\_ Gastos R\$ \_\_\_\_\_

Idoso na família ( ) Sim ( ) Não Pessoa com deficiência na família? Se sim, quem? \_\_\_\_\_

##### 4.1. Dos pais biológicos:

( ) Pais moram juntos ( ) Estão separados ( ) Mora com: \_\_\_\_\_

Mãe mantém contato com o filho(a)? ( ) Sim ( ) Não Frequência: ( ) Semanal ( ) Mensal ( ) Não mantém

Pai mantém contato com o filho(a)? ( ) Sim ( ) Não Frequência: ( ) Semanal ( ) Mensal ( ) Não mantém

#### 5. SITUAÇÃO HABITACIONAL

( ) Moradia Própria | ( ) Alugada Valor: R\$ \_\_\_\_\_ | ( ) Financiada Valor R\$ \_\_\_\_\_

( ) Cedida: por quem? \_\_\_\_\_ | Área de invasão: ( ) Sim ( ) Não

Energia Elétrica legalizada ( ) Sim ( ) Não | Água Legalizada: ( ) Sim ( ) Não

( ) Sem banheiro e/ou uso coletivo | ( ) Infraestrutura da residência Precária

Tipo de construção: ( ) Alvenaria ( ) Madeira ( ) Mista ( ) Apartamento Número de Moradores: \_\_\_\_\_ Número de

Cômodos: \_\_\_\_\_ Descrição da moradia: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ | Infraestrutura do bairro em que reside:

Calçamento: ( ) Sim ( ) Não | Saneamento Básico: ( ) Sim ( ) Não | Área de risco: ( ) social ( ) pessoal ( ) habitacional

Observação: \_\_\_\_\_

#### 6. DOS RESPONSÁVEIS:

Possui automóvel? ( ) Sim, Marca e Ano: \_\_\_\_\_ ( ) Não | Moto: ( ) Sim ( ) Não

Automóvel (ou Moto) está quitado? ( ) Sim ( ) Não | Se não, qual valor do financiamento: R\$ \_\_\_\_\_

##### 6.1 Situação profissional da mãe/responsável:

Trabalhando: ( ) Registrada ( ) Autônoma ( ) Trabalhos temporários ( ) Informal

Aposentada: ( ) Por invalidez ( ) Por idade ( ) Por tempo de contribuição

Outros: ( ) Desempregada ( ) Seguro Desemprego ( ) Auxílio Doença

##### 6.2 Situação profissional do pai/ responsável:

Trabalhando: ( ) Registrado ( ) Autônomo ( ) Trabalhos temporários

Aposentado: ( ) Por invalidez ( ) Por idade ( ) Por tempo de contribuição

Outros: ( ) Desempregado ( ) Seguro desemprego ( ) Auxílio Doença

##### 6.3 Outros rendimentos e ou benefícios:

( ) Bolsa Família-Valor R\$ \_\_\_\_\_ ( ) Auxílio Reclusão-R\$ \_\_\_\_\_ ( ) Transferência de Renda R\$ \_\_\_\_\_

( ) Pensões / alimentícia ou outra (INSS)-Valor R\$ \_\_\_\_\_ De quem \_\_\_\_\_ ( ) BPC/LOAS

Aluguel Valor R\$ \_\_\_\_\_ ( ) Outro \_\_\_\_\_

### 7. INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Que instituição você já procurou atendimento?

- ( ) CRAS/FAS Qual? \_\_\_\_\_ Creas ( ) Norte ( ) Sul ( ) CAPS ( ) CAIS Mental  
( ) Conselho Tutelar ( ) Norte ( ) Sul N° do Procedimento no Cons. Tutelar \_\_\_\_\_  
( ) Defensoria Pública ( ) SAJU ( ) EMAC/FSG ( ) Outra: \_\_\_\_\_  
( ) Sim ( ) Não Candidato egresso ou em cumprimento de medida sócio educativa (CASE, CASEMI)  
( ) Sim ( ) Não Familiar em medida de reclusão em meio prisional, quem \_\_\_\_\_  
( ) Sim ( ) Não Familiar com deficiência, quem \_\_\_\_\_  
( ) Sim ( ) Não Pessoa não alfabetizada, quem \_\_\_\_\_  
( ) Sim ( ) Não Migrante sem vínculos familiares, quem \_\_\_\_\_  
( ) Sim ( ) Não Exposição e vivência de situação de violência no território em que reside  
( ) Sim ( ) Não Usuário de álcool e drogas, quem \_\_\_\_\_  
( ) Sim ( ) Não Vivência em situação de rua, quem \_\_\_\_\_  
( ) Sim ( ) Não Em trabalho infantil, quem \_\_\_\_\_  
( ) Sim ( ) Não Já teve o bolsa família suspenso, motivo \_\_\_\_\_  
( ) Sim ( ) Não Idoso residindo com o adolescente  
( ) Sim ( ) Não Família vive da coleta /venda material reciclável ( ) Associação/vínculo ( ) Independente  
( ) Sim ( ) Não Acolhimento Institucional (abrigo, casa lar), quem \_\_\_\_\_  
( ) Sim ( ) Não Alguém do grupo familiar em tratamento de doença crônica (doenças pulmonares, renais, câncer, sanguíneas, AIDS, neurológicas(epilepsia), cardíacas, outras) e faz uso contínuo de medicamentos?  
Quem \_\_\_\_\_ Tipo de doença \_\_\_\_\_ Despesa Mensal R\$ \_\_\_\_\_

### 8. DESPESAS MENSAIS BÁSICAS

Água R\$ \_\_\_\_\_ Luz R\$ \_\_\_\_\_, Telefone fixo R\$ \_\_\_\_\_, Internet R\$ \_\_\_\_\_  
PTU R\$ \_\_\_\_\_ Alimentação R\$ \_\_\_\_\_ Plano de Saúde R\$ \_\_\_\_\_ Pensão Alimentícia  
Judicial (a pagar) R\$ \_\_\_\_\_ Transporte Escolar R\$ \_\_\_\_\_ Condomínio R\$ \_\_\_\_\_  
Educação R\$ \_\_\_\_\_ **TOTAL DE DESPESAS MENSAIS R\$ \_\_\_\_\_**

### PARA USO DA INSTITUIÇÃO - PARECER DA COMISSÃO DE SELEÇÃO

Obs.: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Vaga concedida para o curso: ( ) Sim ( ) Não Qual?

Caxias do Sul – RS, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2020.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Aprendiz

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Responsável