



PREFEITURA MUNICIPAL DE IPUBI
CNPJ: 11.040.896/0001-59
SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO

FICHA PARA CONCESSÃO DE BOLSA DE ESTUDOS

1. DADOS PESSOAIS

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: _____ anos

CPF: _____ - _____ RG: _____ NIS: _____

Genitores: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade: _____

Ponto de Referência: _____ Tel: () _____

Estado Civil: ()Solteiro ()casado ()sep.de fato ()Divorciado

2. COMPOSIÇÃO FAMILIAR

Nome	Parentesco	Renda (R\$)

3. RENDA FAMILIAR

Alguém da família recebe algum tipo de benefício? () sim () não, qual: _____

_____ R\$ _____ Bx Renda Celpe: ()sim () não



PREFEITURA MUNICIPAL DE IPUBI
CNPJ: 11.040.896/0001-59
SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO

Renda total da família: _____

4. ESTRUTURA DETALHADA DA MORADIA

- Zona- ()Urbana ()rural
 - Casa- ()própria ()cedida ()alugada R\$_____ Desde quando? _____
 - Famílias conviventes- ()sim ()não
 - Estrutura do imóvel- ()tijolo ()madeira ()concreto ()taipa ()palha ()outros _____
 - Cobertura- ()telha ()madeira ()amianto ()PVC ()ferrada ()outros _____
 - Piso- ()cerâmica ()barro ()concreto ()cimentado ()madeira ()outros _____
 - Revestimento- ()reboco ()barro ()cerâmica ()madeira ()não possui ()outros _____
 - Rebocada: ()sim ()não ()Energia domiciliar ()Rede de água ()Coleta de lixo
 - ()Gambiarra ()Iluminação ()Rede de esgoto
- Qt comôdos ____sala____quartos ____cozinha____banheiro____quintal____ outros _____
- Acesso aos serviços de saúde: ()hospital ()PSF ()CAPS ()postos de saúde
 - Acesso aos serviços de educação: ()sim _____ () não
 - Escoamento sanitário: ()banheiro ()fossa ()aparelho sanitário ()não possui
 - Estado de conservação: ()boa ()média ()ruim

5. SITUAÇÕES DE RISCO SOCIAL

Pessoas sem documentação: _____

()drogas ()alcoolismo ()trabalho infantil ()violência ()preconceito

- Presença de atividades comerciais ()sim ()não Quais: _____
- Acessa o CRAS/CREAS? () sim () não

6. CONDIÇÕES DE SAÚDE

O assistido tem algum problema de saúde? () sim () não

INFORMAÇÕES: _____

Acompanhamento médico? ()sim () não

Qual o local do acompanhamento? _____

Há quanto tempo? _____

Qual a frequência do acompanhamento? _____

Faz uso de alguma medicação? ()sim () não qual: _____



PREFEITURA MUNICIPAL DE IPUBI
CNPJ: 11.040.896/0001-59
SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO

Essa medicação é disponibilizada pela instituição de saúde? ()sim ()não

Tem despesas mensais com medicamentos? ()sim ()não valor? R\$_____

Portador de deficiência? ()sim ()não Qual:_____

Especifique: _____

RESPONSÁVEL PELO DOMICÍLIO

IPUBI, _____ 2021