

SAÚDE/MEDICAMENTOS <input type="checkbox"/> Gastos permanentes <input type="checkbox"/> Gastos eventuais	
ALUGUEL/CONDOMINIO/PRESTAÇÃO CASA PRÓPRIA	
ÁGUA	
LUZ	
TELEFONE	
GÁS	
TRANSPORTE <input type="checkbox"/> Não utilizo transporte <input type="checkbox"/> Coletivo/ônibus <input type="checkbox"/> Próprio <input type="checkbox"/> Van <input type="checkbox"/> Carona/bicicleta <input type="checkbox"/> Outros: _____	
OUTROS	
OUTROS	
(2) TOTAL DESPESA FIXA:	R\$

Descreva outras informações que você julga necessárias, indique se há na composição familiar, incluindo você, pessoas com deficiência e/ou com problemas de saúde crônica etc.

Declaro que todas as informações prestadas são verdadeiras e que por elas respondo em conformidade com a lei.

Assinatura do Aluno

Local e data

PARA USO EXCLUSIVO DO COLEGIADO

Para casos de desempates, siga os critérios na ordem subsequente: 1ª) Renda *per capita* do solicitante; 2ª) Maior nº de agravantes sociais. Os agravantes sociais são: 1ª) Ter ou não emprego; 2ª) Pagar aluguel ou ter o grupo familiar residente em outro município; 3ª) Despesas com transporte; 4ª) Gastos em medicações de uso contínuo ou dependente com doença comprovada; 5ª) Financiamento de casa própria. Ressalta-se que os Colegiados das Unidades terão autonomia em solicitar quaisquer documentos complementares.

AGRAVANTES SOCIAIS	

RENDA PER CAPITA TOTAL *	R\$ _____,00
--------------------------	--------------

*Para este cálculo, utilize a renda total familiar (1) subtraia o valor total das despesas (2) e divida pelo número de membros declarados residentes na mesma casa.

RESULTADO	Deferido	Indeferido	Classificação Final