



**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA, ÉTICA APLICADA E
SAÚDE COLETIVA – PPGBIOS**

QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO

1 Identificação do(a) Estudante

Nome do(a) estudante: _____
Curso: Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva Período: Matrícula: _____
Data de nascimento: _____
Estado Civil: Naturalidade: UF: _____
Passaporte Nº: Órgão Expedidor: CPF: Endereço: _____
Rua/Av.: No: Bairro: Cidade: UF: _____
Telefone residencial: Celular: Recado: _____
E-mail: _____
Possui necessidade educacional especial ou deficiência? () Não () Sim
Qual? _____
Nome do Pai: Nome da Mãe: _____
Seus pais são: () Casados () Divorciados/Separados () Mãe falecida () Pai falecido
() Desconhecido () Outros _____
especifique _____



**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA, ÉTICA APLICADA E
SAÚDE COLETIVA – PPGBIOS**

2 Situação Educacional		
2.1 Em qual modalidade você cursou o ensino fundamental: <input type="checkbox"/> Ensino Regular <input type="checkbox"/> EJA <input type="checkbox"/> Supletivo <input type="checkbox"/> Outros _____	A Instituição de Ensino na qual cursou o ensino médio foi: <input type="checkbox"/> pública <input type="checkbox"/> privada/particular: () com bolsa () sem bolsa	
2.2 A Instituição de Ensino na qual cursou o ensino superior foi: <input type="checkbox"/> pública <input type="checkbox"/> privada/particular: () com bolsa () sem bolsa	2.3 Situação acadêmica Primeira Pós-graduação que faz? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não. Especifique o curso anterior:	
3 Situação Socioeconômica do(a) Estudante		
3.1 Situação trabalhista <input type="checkbox"/> Empregado () Desempregado () Autônomo	3.2 Estudante bolsista (remunerado) de Programas Oficiais ou Estágio? <input type="checkbox"/> Não () Sim () Qual? _____ Valor da bolsa? _____	
3.3 Participação na renda familiar <input type="checkbox"/> Depende financeiramente dos pais ou de um deles*. <input type="checkbox"/> Depende financeiramente de um parente, excluídos os pais* <input type="checkbox"/> Depende financeiramente do cônjuge ou companheiro(a) <input type="checkbox"/> Independente financeiramente <input type="checkbox"/> Contribui <i>parcialmente</i> com as despesas familiares <input type="checkbox"/> Contribui <i>totalmente</i> com as despesas familiares *Deverá ser considerado, caso o(a) aluno(a) receba algum tipo de ajuda financeira, ainda que resida sozinho(a).	3.4 Despesas fixas (R\$) Anexar cópias para comprovação (das partes do nome, endereço e valor) Habitação: () Aluguel () Financiamento Plano de Saúde: R\$ _____ Plano Odontológico: R\$ _____ Medicamentos: R\$ _____	
3.5 Condições de Moradia Reside sozinho? <input type="checkbox"/> Sim () Não Caso não resida sozinho, você reside com: 1) Família? () Não () Sim Grau de Parentesco: _____ Outras pessoas? () Não () Sim Quem são? _____ 2) Quantas pessoas moram com você? _____ <input type="checkbox"/> Própria () Alugada () Financiada <input type="checkbox"/> Cedida <input type="checkbox"/> Outros: _____	Água <input type="checkbox"/> Rede de Saneamento Básico <input type="checkbox"/> Poço Artesiano <input type="checkbox"/> Cisterna <input type="checkbox"/> Represa <input type="checkbox"/> Outros: _____ _____	Transporte (Utilizado para ir/vir para as aulas do PPGBIOS) <input type="checkbox"/> Carro <input type="checkbox"/> Moto <input type="checkbox"/> Ônibus <input type="checkbox"/> Bicicleta <input type="checkbox"/> Outros: _____



**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA, ÉTICA APLICADA E
SAÚDE COLETIVA – PPGBIOS**

5 Dependentes da Renda Familiar e/ou Composição Familiar* incluindo também os dados do próprio candidato.

Nº	Nome	Parentesco	Profissão/ ocupação	Idade	Trabalha		Renda Mensal Bruta R\$
					Sim	Não	
1							
2							
3							
4							
5							
6							
VALOR TOTAL DA RENDA FAMILIAR MENSAL (R\$)							

*Deverá ser considerado, caso o(a) estudante receba algum tipo de ajuda financeira, ainda que resida sozinho(a).

6 Informações sobre a Saúde da Família e do(a) Estudante

6.1 Possui Plano de Saúde? () Sim. Qual? _____ () Não	6.3 Há alguém na composição familiar com necessidades especiais ou doença crônica? () Sim. Qual? _____ () Não
6.2 Possui Plano Odontológico? () Sim. Qual? _____ () Não	6.4 Faz uso de medicação continuada? () Sim. Qual? _____ () Não

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que todas as informações prestadas são verdadeiras.
Rio de Janeiro, 16 de Janeiro de 2024.

Assinatura do Requerente:

Declaração falsa é crime previsto no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, sujeitando o declarante às suas penas, sem prejuízo de outras sanções cabíveis.