

## FICHA CADASTRAL DO CANDIDATO

### 1. Dados necessários à inscrição:

#### 1.1. Pessoais

Nome:			
RG:	Emissor:	CPF:	Nasc.:
Naturalidade:	Nacionalidade:	Estado Civil:	
Mãe:		Pai:	
Endereço:			
Bairro:	Cidade	Estado	CEP:
Tel.:	Celular:	e-mail:	

#### 1.2. Profissionais

Empresa:			
Endereço:			
Bairro:	Cidade	Estado	CEP:
Tel.:	Celular:	e-mail:	

#### 1.3. Complementares (para parentes de 1ª grau)

Nome:			
Endereço:			
Bairro:	Cidade	Estado	CEP:
Tel.:	Celular:	e-mail:	

Nome:			
Endereço:			
Bairro:	Cidade	Estado	CEP:
Tel.:	Celular:	e-mail:	

Nome:			
Endereço:			
Bairro:	Cidade	Estado	CEP:
Tel.:	Celular:	e-mail:	

#### 1.4. Outras informações complementares

Renda familiar bruta R\$	Nº de componentes		
Imóvel residencial:	<input type="checkbox"/> Próprio	<input type="checkbox"/> Financiado	<input type="checkbox"/> Alugado
Valor da parcela mensal ou do aluguel, se for o caso R\$:			

## FICHA CADASTRAL DO FIADOR/AVALISTA

### 1.5. Dados Pessoais

Nome:			
RG:	Emissor:	CPF:	Nascto.:
Naturalidade:	Nacionalidade:	Estado Civil:	
Mãe:	Pai:		
Endereço:			
Bairro:	Cidade	Estado	CEP:
Tel.:	Celular:	e-mail:	

### 1.6. Profissionais

Empresa:		Cargo:	
Endereço:			
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Tel.:	Celular:	E-mail:	

### 1.7. Cônjuge do fiador / avalista

Nome:			
RG:	Emissor:	CPF:	Nascto.:
Naturalidade:	Nacionalidade:	Estado Civil:	
Mãe:	Pai:		
Endereço:			
Bairro:	Cidade	Estado	CEP:
Tel.:	Celular:	e-mail:	

### 1.8. Profissionais do cônjuge do fiador / avalista

Empresa:		Cargo:	
Endereço:			
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Tel.:	Celular:	E-mail:	

\_\_\_\_\_  
Candidato

\_\_\_\_\_  
Responsável/Tutor

\_\_\_\_\_  
Fiador/Avalista

\_\_\_\_\_  
Cônjuge do Fiador

### IDENTIFICAÇÃO DOS COMPONENTES DO GRUPO FAMILIAR

1º Componente:	Ocupação	Parentesco:	Idade:	Renda
2º Componente:	Ocupação	Parentesco:	Idade:	Renda
3º Componente:	Ocupação	Parentesco:	Idade:	Renda
4º Componente:	Ocupação	Parentesco:	Idade:	Renda
5º Componente:	Ocupação	Parentesco:	Idade:	Renda
6º Componente:	Ocupação	Parentesco:	Idade:	Renda

### OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Há membros com doença crônica no grupo familiar?

Não  Sim  Quantos: ( ) Qual(is): \_\_\_\_\_  
Discriminar a(s) doenças(s)

O candidato possui parentes estudando na UNIBAHIA? Não ( ) Sim ( ) Quantos: ( )

Nome:	Curso:
Nome:	Curso:
Nome:	Curso:

3 - O(s) parente(s) que estuda(m) na UNIBAHIA pertence(m) ao grupo familiar? Não ( ) Sim ( )

#### Para uso da UNIBAHIA:


