



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS APLICADAS E EDUCAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA



FORMULÁRIO SOCIOECONÔMICO PARA CONCESSÃO DE BOLSA DE ESTUDO E
FOMENTO SOCIAL (Resolução nº 03/2025)

MESTRADO/DOUTORADO

DADOS PESSOAIS

Nome social*: _____

Nome de registro civil (completo) _____

Identidade de gênero:

() mulher cisgênero; () mulher transgênero; () homem cisgênero; () homem transgênero;

() pessoa não-binária; () outro: _____

Data de nascimento: _____ Idade () anos completos

Brasileiro(a) () Estrangeiro(a) () De qual país? _____

Naturalidade (Estado de nascimento): _____

RG/Carteira de Identidade _____ CPF: _____

NIS (se tiver cadastrado no CADÚNICO) _____

E-mail: _____

Telefones para contato () _____ () _____

Matrícula: _____

Modalidade: Mestrado () Doutorado ()

Primeira concessão de bolsa () Redistribuição de bolsa ()

*Nome social é o nome pelo qual pessoas trans e travestis preferem ser chamadas cotidianamente, em contraste com o nome que foi oficialmente registrado que não reflete sua identidade de gênero.

QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO

Este questionário socioeconômico subsidiará o processo seletivo para concessão de bolsas de estudos e fomento social do PPGA/UFPB e suas agências colaboradoras/financiadoras. **Além do questionário, atente-se para a entrega dos documentos aqui exigidos, com assinatura, nos casos de autodeclaração.**

1 Você se autodeclara como:

- Pessoa preta
- Pessoa parda
- Pessoa branca
- Pessoa asiática
- Nenhuma das opções anteriores

2 Você se considera candidato(a) pertencente a:

- Populações negras (pretos e pardos)?
- Povos indígenas. Qual é este/esta povo/comunidade/coletividade? Em qual município?
- Outros povos/ comunidades tradicionais.
Qual é este/esta povo/comunidade/coletividade? _____
- Em qual município? _____
- Nenhuma das opções anteriores.

ATENÇÃO: Em caso de opção positiva para as autodeclarações identitárias acima, o(a) candidato(a) deverá preencher e assinar o Termo de Autodeclaração(**APÊNDICE I**)

3 Você tem filhos(as)?

- Não Sim
- Se sim, quantos? () Idade(s) _____

ATENÇÃO: Caso sejam seus/suas dependentes, informe mais abaixo, no campo “composição/grupo familiar”, o nome e a idade dos(as) filhos(as) e anexe documento de identificação dos dependentes

Para fins de pontuação neste quesito será considerada renda per capita do núcleo familiar de até 1 salário mínimo e meio (PNAS/Brasil 2004).

4 Você é ou possui algum membro em seu núcleo familiar considerada Pessoa com Deficiência(PcD)?"

- Não Sim

ATENÇÃO: Se sim, o(a) candidato(a) deverá anexar o laudo médico que ateste a condição de pessoa com deficiência, constando obrigatoriamente nome do membro da família, CID, assinatura e CRM do médico responsável pelas informações.

Para fins deste questionário, entende-se como NÚCLEO FAMILIAR, o conjunto de pessoas unidas por laços consanguíneos, afetivos e ou de solidariedade, cuja sobrevivência e reprodução social pressupõem obrigações recíprocas e o compartilhamento de renda e ou dependência econômica (PNAS/Brasil, 2004).

5 Você ou algum membro do seu núcleo familiar possui doença crônica?

- Não Sim

ATENÇÃO: Se sim, o(a) candidato(a) deverá anexar o laudo médico, constando obrigatoriamente nome do membro da família, CID, assinatura e CRM do médico responsável pelas informações, local e data ou comprovante de auxílio doença vigente, aposentadoria por invalidez ou comprovante de concessão do BPC. Tal comprovante poderá ser obtido nas agências do INSS ou através do site <https://meu.inss.gov.br/#/login>

Considera-se como Doença Crônica, com base na Portaria MPAS-MS-2.998, de 23/8/2001 e devidamente comprovadas por atestado médico, as seguintes doenças: tuberculose ativa; hanseníase; alienação mental; neoplasia maligna; cegueira; paralisia irreversível e incapacitante; cardiopatia grave; doença de Parkinson; espondiloartrose anquilosante; nefropatia grave; estado avançado da doença de

Paget-osteíte deformante; Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – Aids; contaminação por radiação e hepatopatia grave.

6 Já foi contemplado com auxílios da assistência estudantil ou foi bolsista de iniciação científica, extensão e/ou ensino?

Não Sim

Se sim, em qual curso, projeto e ano: _____

ATENÇÃO: Se sim, o/a candidato/a deve anexar documento comprobatório.

7 Você ou sua família é inscrito/a no Cadastro Único do Governo Federal?

Não Sim

ATENÇÃO: Se sim, apresentar folha de cadastro no CadÚnico.

8 Você ou algum membro de seu núcleo familiar recebe algum benefício social (Bolsa Família ou de algum outro Programa de Transferência de Renda)?

Não Sim

ATENÇÃO: Se sim, apresentar comprovante.

9 Você reside em João Pessoa?

Sim Não

10 Distância da cidade de procedência do seu núcleo familiar

Até 100 km Acima de 100 km

11 Você reside com seu núcleo familiar?

Sim Não

Com relação à situação de sua residência, Preencha **e Assine** a Autodeclaração de residência (**APÊNDICE 2**), e informe:

12 Você reside em:

Casa Própria() Casa Própria Financiada() Casa Alugada() Casa cedida() Domicílio em imóvel de ocupação/acampamento ()

13 Em seu município de origem, seu núcleo familiar reside em alguma dessas opções?

Conjunto popular habitacional (CDHU, COHAB, reassentamento)

Comunidade urbana de baixa renda / Cortiço, ocupação

Região rural (chácara, sítio, fazenda);

Região rural (aldeia, acampamento, comunidade tradicional, assentamento) ;

13 Atualmente você reside em Conjunto popular habitacional (CDHU, COHAB, reassentamento), Comunidade urbana de baixa renda / Cortiço, acampamento, Região rural (chácara, sítio, fazenda, aldeia, acampamento, assentamento etc.)

Sim Não

14 Na sua situação atual, você é:

Empregado(a) assalariado(a) (exceto empregado doméstico)

Empregado(a) doméstico(a), mensalista ou diarista

Empregado(a) que ganha por produção (comissão)

- Estagiário(a) remunerado
- Bolsista
- Trabalhador por conta própria, autônomo(a)/MEI
- Trabalhador informal
- Dono(a) de negócio, empregador(a)
- Prestador de serviço militar obrigatório, assistencial ou religioso com alguma remuneração
- Não trabalha

Entende-se por trabalhador informal, o trabalho executado sem proteção e garantias previdenciárias. Engloba, portanto, empregados no setor privado sem carteira de trabalho assinada, trabalhador por conta própria sem registro de conselho de classe ou entidade representativa.

15 Qual a renda per capita do núcleo familiar mensal?

- Menos de 1 salário mínimo
- De um a menos de dois salários mínimos
- De dois a menos de três salários mínimos
- De três a menos de quatro salários mínimos
- Acima de quatro salários mínimos

A renda per capita familiar é definida pela soma da renda daqueles(as) que moram e contribuem para o sustento do núcleo familiar dividida pela quantidade de membros que compõem o núcleo familiar.

ATENÇÃO: A renda individual de cada membro do grupo familiar deverá ser comprovada por meio de comprovante (holerites, contracheques ou recibos); caso não seja possível esta comprovação, preencher e assinar a Autodeclaração de renda (APÊNDICE III).

16 Com relação à sua trajetória/histórico educacional e acadêmico, qual é o seu grau máximo de escolaridade?

- Ensino superior completo Especialização Mestrado Doutorado

17 Você cursou Ensino Médio em:

- escolas públicas em sua totalidade;
- a maior parte (mais de 55%) em escolas públicas;
- a maior parte (mais de 55%) em escolas privadas. Teve Bolsa? Sim Não
- escolas privadas inteiramente. Teve Bolsa? Sim Não

18 Você cursou o Ensino Superior em universidade pública?

- Sim Não
- Caso tenha cursado em universidade privada, foi bolsista?
- Sim Não

19 Qual o grau máximo de escolaridade entre seus/suas responsável/responsáveis ou cuidador/cuidadores principais?

Não-letrado Ensino fundamental incompleto Ensino fundamental completo Ensino médio incompleto Ensino médio completo Ensino superior incompleto Ensino superior completo Especialização Mestrado Doutorado

Quadro de Composição/Grupo familiar

Esse quadro deve ser composto de todas as pessoas que compõem o núcleo familiar do(a) candidato(a) nas condições respondidas neste questionário. O(a) candidato(a) **deverá apresentar os documentos de todos os(as) membros do seu núcleo familiar.**

DOCUMENTAÇÃO GERAL DO ESTUDANTE E DE SEUS FAMILIARES

- RG/Carteira de Identidade (frente e verso) ou CNH(completa)
 - CPF
 - RG/Carteira de Identidade ou certidão de nascimento dos membros menores de 18 anos
 - Comprovante de residência atualizado (no máximo um mês de referência anterior ao da publicação do edital)
 - Cópia do Comprovante de Residência. Caso não haja comprovantes oficiais de residência, o(a) candidato(a) deverá **Preencher e Assinar** a **Autodeclaração de residência (APÊNDICE II)**
 - Cópia da Carteira de Trabalho (páginas inicial e do último vínculo empregatício ou atual). No caso de funcionários públicos, autônomos e outras modalidades, apresentar holerites, contracheques ou recibos.
- ATENÇÃO:** Caso não exista possibilidade de comprovação, por meio de documentos, de renda própria ou de membro do seu grupo familiar, o(a) candidato(a) deverá preencher e assinar a **Autodeclaração de Renda (APÊNDICE III)**.

APÊNDICE I

AUTODECLARAÇÃO PARA CANDIDATOS(AS) ORIUNDOS(AS) DE POPULAÇÃO NEGRA, POVOS INDÍGENAS, OUTROS POVOS OU COMUNIDADES TRADICIONAIS E PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

Eu, _____, abaixo assinado(a), de nacionalidade _____, nascido(a) em ____ / ____ / _____, no município de _____ no Estado _____, filho(a) de _____ e _____, Estado civil _____ e residente e domiciliado(a) no endereço _____, CEP _____, portador(a) do documento de identificação nº _____ expedido em ____ / ____ / _____ pelo Órgão expedidor _____ CPF nº _____ declaro, sob as penas da lei que sou:

Preto(a)/Pardo(a) (); Indígena (); Pessoa oriunda de povos e comunidades tradicionais ()

Qual povo/comunidade? _____

Pessoa com deficiência (). Neste caso de pessoas com deficiência, o(a) candidato(a) deverá apresentar atestado/laudo médico que ateste essa condição, nos termos do art. 4º do Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999, com expressa referência ao código correspondente da Classificação Internacional de Doença (CID) médico que comprove sua deficiência e qual.

Responsabilizo-me pela veracidade das informações aqui prestadas e declaro estar ciente de que, a qualquer tempo, em caso de constatação de falsidade delas ou da inidoneidade dos documentos apresentados, o benefício/bolsa a mim concedido será imediatamente cancelado, sem prejuízo das demais sanções cíveis e penais cabíveis no Código Civil brasileiro. Além disso, dou ciência da responsabilidade sobre todos os efeitos e eventuais danos causados pelas minhas declarações neste documento.

João Pessoa/Rio Tinto, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do(a) declarante.

APÊNDICE 2

AUTODECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, _____, abaixo assinado(a),
de nacionalidade _____, nascido(a) em ____ / ____ / ____ , no município de
_____ no Estado _____, filho(a) de
_____ e _____, Estado civil
_____ e residente e domiciliado(a) no endereço
_____, CEP
_____, portador(a) do documento de identificação nº _____
expedido em ____ / ____ / ____ pelo Órgão expedidor _____ CPF nº
_____ declaro, sob as penas da lei que resido no seguinte endereço:

Rua: _____, nº _____,

complemento _____ Bairro: _____

Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____, sendo a residência é
Própria () Própria Financiada () Alugada () Cedida () Domicílio em imóvel de ocupação/acampamento
().

Declaro, ainda, que meu núcleo familiar reside em

Declaro que me responsabilizo pela veracidade das informações aqui prestadas e estou ciente de que, a
qualquer tempo, em caso de constatação de falsidade delas ou da inidoneidade dos documentos apresentados,
o benefício a mim concedido será imediatamente cancelado, sem prejuízo das demais sanções cíveis e penais
cabíveis na legislação brasileira. Além disso, dou ciência da responsabilidade sobre todos os efeitos e eventuais
danos causados pelas minhas declarações neste documento.

João Pessoa/Rio Tinto, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do(a) declarante.

APÊNDICE III

AUTODECLARAÇÃO DE RENDA

Eu, _____, abaixo assinado(a),
de nacionalidade _____, nascido(a) em ____ / ____ / ____ , no município de
_____ no Estado _____, filho(a) de
_____ e _____, Estado civil
_____ e residente e domiciliado(a) no endereço
_____, CEP
_____, portador(a) do documento de identificação nº _____
expedido em ____ / ____ / ____ pelo Órgão expedidor _____ CPF nº
_____ declaro, sob as penas da lei que:

1 Não possuo renda própria declarável ()

2. Posso renda própria sem ter comprovantes ()

Neste último caso, informar o valor médio mensal:

Meu valor médio de renda é de R\$ _____ (_____) mensais;

3. Conto com renda de membro de meu grupo familiar sem ter comprovantes (). Neste caso, informar o valor médio mensal:

O valor médio de renda de membros de meu grupo familiar é de R\$ _____
(_____) mensais.

Declaro que me responsabilizo pela veracidade das informações aqui prestadas e estou ciente de que, a qualquer tempo, em caso de constatação de falsidade delas ou da inidoneidade dos documentos apresentados, o benefício a mim concedido será imediatamente cancelado, sem prejuízo das demais sanções cíveis e penais cabíveis na legislação brasileira. Além disso, dou ciência da responsabilidade sobre todos os efeitos e eventuais danos causados pelas minhas declarações neste documento.

João Pessoa/Rio Tinto, _____ de _____ de 20_____.

Assinatura do(a) declarante

APÊNDICE IV
DECLARAÇÃO DE INDEPENDÊNCIA ECONÔMICA

Eu, _____, abaixo assinado(a),
de nacionalidade _____, nascido(a) em ____ / ____ / ____ , no município de
_____ no Estado _____, filho(a) de
_____ e _____, Estado civil
_____ e residente e domiciliado(a) no endereço
_____, CEP
_____, portador(a) do documento de identificação nº _____
expedido em ____ / ____ / ____ pelo Órgão expedidor _____ CPF nº
_____ declaro, sob as penas da lei ser economicamente independente,
custeando todas as minhas despesas, inclusive moradia, com renda própria bruta no valor mensal de R\$
_____ há pelo menos _____ (especificar o tempo em meses ou anos), decorrente da atividade
_____.

João Pessoa/Rio Tinto, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do(a) declarante

O(a) declarante é responsável pela veracidade das informações aqui prestadas. A falsidade nas informações acarreta penalidades administrativas e penais.

Art. 299 do Código Penal Brasileiro - Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante.

Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, se o documento é particular.