



UNIVERSIDADE FEDERAL DO OESTE DA BAHIA
Pró-Reitoria de Graduação e Ações Afirmativas
Coordenadoria de Assistência Estudantil
Núcleo de Seleção e Acompanhamento de Beneficiários de Auxílios

ANEXO L
COMPOSIÇÃO FAMILIAR
(Preencher todos os campos)

NOME COMPLETO	CPF	DATA DE NASCIMENTO	IDADE	PARENTESCO (estudante)	ESTADO CIVIL	OCUPAÇÃO PROFISSIONAL	RENDA MENSAL (ÚLTIMOS 3 MESES)	PESSOA COM DEFICIÊNCIA *	ESCOLARIDADE **
1. Estudante:		___/___/___		-----			R\$ R\$ R\$	()NÃO ()SIM QUAL: (_____)	
2.		___/___/___					R\$ R\$ R\$	()NÃO ()SIM QUAL: (_____)	
3.		___/___/___					R\$ R\$ R\$	()NÃO ()SIM QUAL: (_____)	
4.		___/___/___					R\$ R\$ R\$	()NÃO ()SIM QUAL: (_____)	
5.		___/___/___					R\$ R\$ R\$	()NÃO ()SIM QUAL: (_____)	
6.		___/___/___					R\$ R\$ R\$	()NÃO ()SIM QUAL: (_____)	
7.		___/___/___					R\$ R\$ R\$	()NÃO ()SIM QUAL: (_____)	
8.		___/___/___					R\$ R\$ R\$	()NÃO ()SIM QUAL: (_____)	

* **TIPOS DE DEFICIÊNCIAS:** (1) Auditiva; (2) Surdez; (3) Cegueira; (4) baixa visão; (5) Surdocegueira; (6) Deficiência intelectual; (7) Deficiência Múltipla; (8) Deficiência Física; (9) Transtorno Global do Desenvolvimento; (10) Altas Habilidades/Superdotação; (11) Outro.

** **NÍVEL ESCOLARIDADE:** **NA** Não Alfabetizado; **EF** Ensino Fundamental; **EM** Ensino Médio; **SI** Superior Incompleto; **S** Superior Completo; **ESP** Especialização; **MSC** Mestrado; **DR** Doutorado.