

**RESERVADO**  
**MINISTÉRIO DA DEFESA**  
**EXÉRCITO BRASILEIRO**  
**D E CEx                      D E P A**  
**COLÉGIO MILITAR DE JUIZ DE FORA**

**INSCRIÇÃO N°:** \_\_\_\_\_

**1. DADOS DO ALUNO:**

a) Nome: \_\_\_\_\_

b) n°: \_\_\_\_\_ c) turma: \_\_\_\_\_ d) data de nascimento: \_\_\_\_\_

**Já recebeu o desconto anteriormente?**

1 vez     2 vezes     3 vezes     mais de 3 vezes     nunca recebeu o desconto

**Antes de efetuar a matrícula, no CMJF, o aluno estudava:**

escola pública                       escola privada, com bolsa parcial

escola privada                       escola privada, com bolsa integral

realizou apenas cursinho preparatório em escola privada.

**O aluno reside em Juiz de Fora:**

na moradia dos pais                       na moradia de parentes                       pensão ou república

reside em cidade próxima de JF.

**Endereço dos responsáveis pelo aluno:** \_\_\_\_\_

**Telefones:** residencial ( ) \_\_\_\_\_ comercial ( ) \_\_\_\_\_ celular ( ) \_\_\_\_\_

**Endereço do aluno:**

**Quanto ao pagamento da Quota Mensal Escolar indicar:**

não há débito     estou em débito com até três títulos     débito superior a três títulos

**2. DADOS DO PAI:**

Não tenho contato com o pai do (a) aluno (a), por isso não sei responder as perguntas abaixo.

Nome do pai: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_

Possui emprego com carteira assinada?  sim     não

**Se responder sim, indicar:**

Local do trabalho: \_\_\_\_\_

Salário bruto: \_\_\_\_\_

Salário líquido: \_\_\_\_\_

**Se responder não, indicar:**

Há quanto tempo não trabalha com carteira assinada? \_\_\_\_\_

Exerce algum tipo de trabalho? \_\_\_\_\_

Qual é a frequência média de dias trabalhados no período de um mês? \_\_\_\_\_

Qual é a média da remuneração mensal? \_\_\_\_\_

**3. DADOS DA MÃE:**

( ) Não tenho contato com a mãe do (a) aluno (a), por isso não sei responder as perguntas abaixo.

Nome da mãe: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_

Possui emprego com carteira assinada? ( ) sim ( ) não

**Se responder sim, indicar:**

Local do trabalho: \_\_\_\_\_

Salário bruto: \_\_\_\_\_

Salário líquido: \_\_\_\_\_

**Se responder não, indicar:**

Há quanto tempo não trabalha com carteira assinada? \_\_\_\_\_

Exerce algum tipo de trabalho? \_\_\_\_\_

Qual é a frequência média de dias trabalhados no período de um mês? \_\_\_\_\_

Qual é a média da remuneração mensal? \_\_\_\_\_

**4. EM CASO DE PAIS SEPARADOS INDIQUE:**

A quem cabe a responsabilidade de educação dos filhos? \_\_\_\_\_

Recebe pensão alimentícia? ( ) sim ( ) não

**Se responder sim, indicar o valor:** \_\_\_\_\_

**Se responder não, indicar** quais as providências tomadas? \_\_\_\_\_

**Caso exista companheiro (a) que resida na moradia, citar:**

Nome: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

Possui emprego com carteira assinada? ( ) sim ( ) não

**Se responder sim, indicar:**

Local do trabalho: \_\_\_\_\_

Salário bruto: \_\_\_\_\_

Salário líquido: \_\_\_\_\_

**Se responder não, indicar:**

Há quanto tempo não trabalha com carteira assinada? \_\_\_\_\_

Exerce algum tipo de trabalho? \_\_\_\_\_

Qual é a frequência média de dias trabalhados no período de um mês? \_\_\_\_\_

Qual é a média da remuneração mensal? \_\_\_\_\_

**5. RELAÇÃO DOS DEPENDENTES DO REQUERENTE:**

Nome	Idade	Trabalha?	Escola	Mensalidade

**6. SITUAÇÃO DE SAÚDE**

**O responsável pelo sustento da moradia possui algum problema de saúde que incapacite para o trabalho?** ( ) sim ( ) não

**Possui laudo médico?** ( ) sim ( ) não

**Recebe auxílio-doença, aposentadoria por invalidez ou Benefício de Prestação Continuada?**

( ) sim. Qual: \_\_\_\_\_ ( ) aguardando resposta do INSS ( ) não tem direito ao INSS

**Faz uso de medicação de uso contínuo?**

( ) sim. Quanto gasta mensalmente? \_\_\_\_\_

( ) não.

**Faz tratamento** (terapia, fisioterapia, fonoaudiologia, quimioterapia, etc)

( ) sim. Quanto gasta mensalmente? \_\_\_\_\_ ( ) não

**Algum outro integrante da família tem problema de saúde grave?**

**Se responder sim, indicar:**

Nome do integrante : \_\_\_\_\_

Doença: \_\_\_\_\_

Possui laudo médico: ( ) sim ( ) não

Qual o tipo de tratamento realizado? \_\_\_\_\_

Qual o custo mensal? \_\_\_\_\_

Esse integrante recebe auxílio-doença, aposentadoria por invalidez ou Benefício de Prestação Continuada?

( ) sim ( ) aguardando resposta do INSS ( ) não tem direito a cobertura previdenciária

**Quando algum integrante do grupo familiar precisa de atendimento médico:**

( ) utiliza plano de saúde. Indicar qual:

( ) utiliza o sistema único de saúde

( ) agenda consultas particulares sem convênio

**7. SITUAÇÃO DE BENS MÓVEIS E IMÓVEIS:**

**A casa em que reside é:**

( ) financiada ( ) cedida por terceiro ( ) alugada ( ) própria.

**Se financiada indicar:** valor da parcela R\$\_\_\_\_\_. Término das parcelas:\_\_\_\_\_.

**Se alugada indicar:** valor do aluguel: R\$\_\_\_\_\_.

**Quantos cômodos têm a moradia?**

( ) dois ( ) três ( ) quatro ( ) cinco ( ) mais de cinco

**Qual é o material predominante no piso da moradia?**

( ) cimento ( ) madeira ( ) cerâmica, lajota ( ) outro: \_\_\_\_\_

**Qual é o material predominante nas paredes da moradia?**

( ) alvenaria, tijolo com revestimento ( ) alvenaria, tijolo sem revestimento

( ) taipa revestida ( ) taipa não revestida ( ) parede sem pintura ( ) parede com pintura

**Qual é a forma de abastecimento de água utilizada no seu domicílio?**

( ) CESAMA ( ) poço ou nascente ( ) cisterna ( ) outro

**De que forma é feito o escoamento do banheiro ou sanitário:**

( ) rede coletora de esgoto ( ) fossa ( ) outra forma: \_\_\_\_\_

**O lixo de seu domicílio:**

( ) é coletado pelo DEMLURB ( ) é queimado ou enterrado ( ) outro: \_\_\_\_\_

**Qual é a forma de iluminação utilizada na moradia:**

( ) elétrica com medidor próprio ( ) elétrica com medidor comunitário ( ) outra: \_\_\_\_\_

**Existe calçamento/pavimentação em frente à moradia? ( ) total ( ) parcial ( ) não existe**

**Algum integrante do grupo familiar possui automóvel?**

( ) sim. Marca do carro: \_\_\_\_\_ Ano de fabricação: \_\_\_\_\_

( ) não

**O carro é utilizado como instrumento de trabalho?**

( ) sim. Por quem? \_\_\_\_\_

( ) não

**Possui telefone?**

( ) celular pré-pago ( ) celular pós-pago ( ) fixo ( ) não possuo telefone

**8-DESPESAS DA FAMÍLIA**

( ) Aluguel. R\$

( ) Vestuário.R\$

( ) Prestação imóvel. R\$

( ) Plano de saúde.R\$

( ) Condomínio. R\$

( ) Dentista.R\$

( ) IPTU. R\$

( ) Medicamentos.R\$

( ) Luz. R\$

( ) Prestação de carro ou moto.R\$

( ) Água. R\$

( ) Construção de moradia.R\$

( ) Internet. R\$

( ) Reforma de moradia.R\$

( ) Telefone fixo. R\$

( ) Transporte.R\$

( ) Telefone celular. R\$

( ) Empregada doméstica ou diarista.R\$

( ) Supermercado. R\$

( ) Padaria. R\$

( ) Mensalidade faculdade. R\$

( ) Cursos. R\$

( ) Reforço escolar. R\$

( ) Prestação eletrodomésticos.R\$

( ) Prestação computador. R\$

( ) Gás. R\$

( ) Combustível. R\$

( ) Mensalidade escolar. R\$

( ) Outros. Especificar:

**9- EMPRÉSTIMOS**

**Os responsáveis pelo aluno possuem empréstimos.**

( ) não

( ) sim. Indicar:

Instituição	Data contrato	Data término	Valor mensal	FINALIDADE DO EMPRÉSTIMO

**Os responsáveis possuem dívidas que não conseguiram pagar?**

( ) não ( ) sim. Indicar a instituição e o valor: \_\_\_\_\_

**Os responsáveis possuem no SERASA ou SPC:** ( ) sim ( ) não

**10- INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:**

Nesse espaço você poderá colocar informações complementares para a análise socioeconômica

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

**11. JUSTIFICATIVA**

Nesse espaço você deverá justificar o pedido de Isenção da Quota Mensal Escolar ( expor de forma resumida o motivo que lhe impossibilita de arcar com o pagamento da QME):

---



---



---

