



FACULDADE ARQUIDIOCESANA
PIRAPORA

DADOS DO ALUNO

CURSO NA FAP:		Nº MATRÍCULA	
NOME		IDADE	
RG Nº	ORGÃO EXPEDIDOR	UF	CPF
ENDEREÇO	Nº	APTO	BAIRRO
CIDADE/UF	TEL FIXO []	TEL CELULAR ()	
NOME DO PAI: _____			
NOME DA MÃE: _____			
E-MAIL		WHATSAPP ()	
SEXO :	MASCULINO []	FEMININO []	
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO [] CASADO [] SEPARADO/DIVORCIADO/DESQUITADO [] VIÚVO [] UNIÃO ESTÁVEL []			

INFORMAÇÕES GERAIS

VOCÊ RESIDE ATUALMENTE COM QUEM? () FAMÍLIA () REPÚBLICA () PENSIONATO () SOZINHO
QUAIS DESSES BENS VOCÊ POSSUI? () CARRO/MOTO () TERRENO () RESIDÊNCIA () SÍTIO/FAZENDA () AÇÕES () EMPRESA
TEM ALGUMA ATIVIDADE REMUNERADA? () NÃO () SIM
SE A RESPOSTA À PERGUNTA ACIMA FOI POSITIVA, QUAL SEU VÍNCULO EMPREGATÍCIO: () ESTAGIÁRIO () SERVIDOR PUBLICO () EMPREGADO C/ REGISTRO EM EMPRESA PRIVADA () EMPREGADO S/REGISTRO EM EMPRESA PRIVADA () AUTONOMO
NOME DA EMPRESA PRIVADA/PUBLICA OU ÓRGÃO NO QUAL TRABALHA? _____
QUAL TEMPO DE SERVIÇO? _____ ANOS _____ MESES QUAL A REMUNERAÇÃO BRUTA MENSAL? R\$ _____
VOCE RECEBE PENSÃO ALIMENTICIA? () NÃO () SIM...QUAL VALOR? R\$ _____
VOCE PAGA PENSÃO ALIMENTICIA? () NÃO () SIM...QUAL VALOR? R\$ _____
QUAL A SUA PARTICIPAÇÃO NA VIDA ECONÔMICA DO SEU GRUPO FAMILIAR? () NÃO TRABALHA E SEUS GASTOS SÃO TODOS CUSTEADOS () TRABALHA E É INDEPENDENTE FINANCEIRAMENTE () TRABALHA MAS NÃO É INDEPENDENTE FINANCEIRAMENTE () TRABALHA E, É O (UM DOS) RESPONSÁVEL (IS) PELO SUSTENTO DE SEU GRUPO FAMILIAR



FACULDADE ARQUIDIOCESANA
PIRAPORA

DADOS PESSOAIS DO REPRESENTANTE LEGAL/RESPONSÁVEL FINANCEIRO			
NOME		IDADE	
RG Nº	ORGÃO EXPEDIDOR	UF	CPF
ENDEREÇO		Nº	APTO
		BAIRRO	
HÁ QUANTO TEMPO RESIDE NESSA RESIDÊNCIA? _____ ANOS _____ MESES		NACIONALIDADE	
SUA RESIDÊNCIA É: () PRÓPRIA () ALUGADA () FINANCIADA () OUTROS - _____			
CIDADE/UF	TEL FIXO []	TEL CELULAR ()	
E-MAIL		WHATSAPP ()	
SEXO :	MASCULINO []	FEMININO []	
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO [] CASADO [] SEPARADO/DIVORCIADO/DESQUITADO [] VIÚVO [] UNIÃO ESTÁVEL []			
Nº DE DEPENDENTES: _____			
QUAIS DESSES BENS VOCÊ POSSUI? () CARRO/MOTO () TERRENO () RESIDÊNCIA () SÍTIO/FAZENDA () AÇÕES () EMPRESA			
NOME DO CÔNJUGE		IDADE	
RG Nº	ORGÃO EXPEDIDOR	UF	CPF
ENDEREÇO		Nº	APTO
		BAIRRO	
DADOS PROFISSIONAIS DO REPRESENTANTE LEGAL/RESPONSÁVEL FINANCEIRO			
TEM ALGUMA ATIVIDADE REMUNERADA? () NÃO - () APOSENTADO OU () PENSIONISTA () SIM			
SE A RESPOSTA À PERGUNTA ACIMA FOI POSITIVA, QUAL SEU VÍNCULO EMPREGATÍCIO: () SERVIDOR PÚBLICO			
() EMPREGADO C/ REGISTRO EM EMPRESA PRIVADA () EMPREGADO S/REGISTRO EM EMPRESA PRIVADA () AUTÔNOMO			
NOME DA EMPRESA PRIVADA/PÚBLICA OU ÓRGÃO NO QUAL TRABALHA? _____			
EMPRESA/ÓRGÃO PÚBLICO: _____		CARGO: _____	
ENDEREÇO DA EMPRESA NA QUAL TRABALHA: _____			
BAIRRO: _____		CIDADE: _____ TEL.: () _____	
QUAL TEMPO DE SERVIÇO? _____ ANOS _____ MESES		QUAL A REMUNERAÇÃO BRUTA MENSAL? R\$ _____	
VOCE RECEBE PENSÃO ALIMENTICIA? () NÃO () SIM...QUAL VALOR? R\$ _____			
VOCE PAGA PENSÃO ALIMENTICIA? () NÃO () SIM...QUAL VALOR? R\$ _____			
VOCÊ POSSUI PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA? () NÃO () SIMQUAL? _____			



FACULDADE ARQUIDIOCESANA
PIRAPORA

DADOS PESSOAIS DO(A) GARANTIDOR(A)			
NOME		IDADE	
RG Nº	ORGÃO EXPEDIDOR	UF	CPF
ENDEREÇO		Nº	APTO
		BAIRRO	
HÁ QUANTO TEMPO RESIDE NESSA RESIDÊNCIA? _____ ANOS _____ MESES			NACIONALIDADE
SUA RESIDÊNCIA É: () PRÓPRIA () ALUGADA () FINANCIADA () OUTROS - _____			
NOME DO PAI: _____			
NOME DA MÃE: _____			
CIDADE/UF	TEL FIXO []	TEL CELULAR ()	
E-MAIL		WHATSAPP ()	
SEXO : MASCULINO [] FEMININO []			
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO [] CASADO [] SEPARADO/DIVORCIADO/DESQUITADO [] VIÚVO [] UNIÃO ESTÁVEL []			
Nº DE DEPENDENTES: _____			
QUAIS DESSES BENS VOCÊ POSSUI? () CARRO/MOTO () TERRENO () RESIDÊNCIA () SÍTIO/FAZENDA () AÇÕES () EMPRESA			

NOME DO CÔNJUGE		IDADE	
RG Nº	ORGÃO EXPEDIDOR	UF	CPF
ENDEREÇO		Nº	APTO
		BAIRRO	
DADOS PROFISSIONAIS DO(A) GARANTIDOR(A)			
TEM ALGUMA ATIVIDADE REMUNERADA? () NÃO - () APOSENTADO OU () PENSIONISTA () SIM			
SE A RESPOSTA À PERGUNTA ACIMA FOI POSITIVA, QUAL SEU VÍNCULO EMPREGATÍCIO: () SERVIDOR PÚBLICO () EMPREGADO C/ REGISTRO EM EMPRESA PRIVADA () EMPREGADO S/REGISTRO EM EMPRESA PRIVADA () AUTÔNOMO			
SE SERVIDOR PÚBLICO: () CONCURSADO () NOMEADO			
NOME DA EMPRESA PRIVADA/PUBLICA OU ÓRGÃO NO QUAL TRABALHA? _____			
CARGO: _____			
ENDEREÇO DA EMPRESA NA QUAL TRABALHA: _____			
BAIRRO: _____		CIDADE: _____ TEL.: () _____	
QUAL TEMPO DE SERVIÇO? _____ ANOS _____ MESES		QUAL A REMUNERAÇÃO BRUTA MENSAL? R\$ _____	
VOCE RECEBE PENSÃO ALIMENTÍCIA? () NÃO () SIM...QUAL VALOR? R\$ _____			
VOCE PAGA PENSÃO ALIMENTÍCIA? () NÃO () SIM...QUAL VALOR? R\$ _____			

OBS.: NO CASO DA NECESSIDADE DE MAIS UM FIADOR, IMPRIMIR OUTRA PÁGINA DESTA.



FACULDADE ARQUIDIOCESANA
PIRAPORA

DESCREVA BREVEMENTE QUAIS AS PRINCIPAIS RAZÕES QUE O(A) LEVAM A PLEITEAR O PPP FAP

Estou ciente de que a constatação, de omissão e/ou divergência de informações prestadas neste questionário, com a documentação comprobatória entregue e/ou com a realidade fática constatada através da entrevista a ser realizada na própria IES ou na residência do candidato, me elimina da participação neste Programa.

Data: ____/____/____

ALUNO

RESPONSÁVEL LEGAL