

FICHA SOCIOECONÔMICA - RENOVAÇÃO DE BOLSA DE ESTUDOS 2024

I. IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO

Nome do estudante: _____

Série/Ano: _____ Curso: _____ Turma: _____ Turno: _____ Sexo: () Masc. () Fem.

Data de nascimento: ____/____/____ Cidade de Nascimento: _____ UF: _____

Certidão Nascimento: _____ Carteira Identidade: _____ CPF: _____

Endereço: _____ Bairro: _____

CEP: _____ Cidade: _____ UF: _____ Fone: _____

CadÚnico / Nº NIS: _____

II. IDENTIFICAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS

Nome: _____ Grau de parentesco: _____

Endereço: _____ Fone: _____ Celular: _____

CEP: _____ Bairro: _____ Cidade: _____ E-mail: _____

Estado civil: _____ RG: _____ CTPS: _____

CPF: _____ Data de Nasc: ____/____/____ Profissão: _____

Local de Trabalho: _____ Fone comercial: _____

Remuneração Bruta: _____ Mês: _____ Outra Renda: _____

Escolaridade: _____ CadÚnico / Nº NIS: _____

Nome (cônjuge): _____ Grau de parentesco: _____

Endereço: _____ Fone: _____ Celular: _____

CEP: _____ Bairro: _____ Cidade: _____ E-mail: _____

Estado civil: _____ RG: _____ CTPS: _____

CPF: _____ Data de Nasc: ____/____/____ Profissão: _____

Local de Trabalho: _____ Fone comercial: _____

Remuneração Bruta: _____ Mês: _____ Outra Renda: _____

Escolaridade: _____ CadÚnico / Nº NIS: _____

Nome do Responsável Financeiro / Contratante junto à instituição: _____

III. OUTROS CONTRIBUINTES DA RENDA FAMILIAR

Nome: _____ Grau de parentesco: _____

Endereço: _____ Fone: _____ Celular: _____

CEP: _____ Bairro: _____ Cidade: _____ E-mail: _____

Estado civil: _____ RG: _____ CTPS: _____

CPF: _____ Data de Nasc: ____/____/____ Profissão: _____

Local de Trabalho: _____ Fone comercial: _____

Remuneração Bruta: _____ Mês: _____ Outra Renda: _____

Escolaridade: _____ CadÚnico / Nº NIS: _____

Nome: _____ Grau de parentesco: _____

Endereço: _____ Fone: _____ Celular: _____

CEP: _____ Bairro: _____ Cidade: _____ E-mail: _____

Estado civil: _____ RG: _____ CTPS: _____

CPF: _____ Data de Nasc: ____/____/____ Profissão: _____

Local de Trabalho: _____ Fone comercial: _____

Remuneração Bruta: _____ Mês: _____ Outra Renda: _____

Escolaridade: _____ CadÚnico / Nº NIS: _____

Nome: _____ Grau de parentesco: _____

Endereço: _____ Fone: _____ Celular: _____

CEP: _____ Bairro: _____ Cidade: _____ E-mail: _____

Estado civil: _____ RG: _____ CTPS: _____

CPF: _____ Data de Nasc: ____/____/____ Profissão: _____

Local de Trabalho: _____ Fone comercial: _____

Remuneração Bruta: _____ Mês: _____ Outra Renda: _____

Escolaridade: _____ CadÚnico / Nº NIS: _____

IV. OUTROS DEPENDENTES DA RENDA FAMILIAR

Nome	Data de Nascimento	Reside em casa	Escolaridade
		() Sim () Não	
		() Sim () Não	
		() Sim () Não	

V. CASOS ESPECIAIS

No grupo familiar há pessoa idosa ou com deficiência? Qual a deficiência e necessidades? _____

Necessita de medicação de uso contínuo? Qual? _____

Valor médio mensal gasto? _____

Com relação ao idoso: é aposentado? _____ Necessita de casa lar, enfermeira ou atendente? _____

VI. DADOS ECONÔMICOS

Residência: () Própria () Alugada () Outros: (qual?) _____

Valor do Aluguel / Prestação: R\$ _____ quanto tempo mora no local: _____

Quantas pessoas residem no local: _____

Possui veículo? () sim ou () não, (marca/ano/modelo): _____

RENDA BRUTA FAMILIAR: R\$ _____

NÚMERO DE DEPENDENTES DA RENDA FAMILIAR: _____

RENDA PER CAPITA (renda bruta **dividida** pelo número de pessoas do grupo familiar): **R\$** _____

POSSUI BOLSA DE ESTUDO? () SIM a partir do ano de _____ () NÃO

VII. OUTRAS INFORMAÇÕES QUE JULGAM NECESSÁRIAS:

Declaro sob as penas da Lei (**Art. 299 do Código Penal Brasileiro**), que todas as informações acima prestadas são verdadeiras. Declaro conhecer o Regimento da Entidade e me comprometo a dar cumprimento ao mesmo. Autorizo a apresentação da documentação fornecida, aos órgãos públicos de fiscalização, dispondo-me a receber a visita domiciliar da Assistente Social da Instituição para averiguação das informações prestadas.

Local e data _____, ____/____/____ Assinatura do requerente: _____

VIII. PARECER DO ESTABELECIMENTO:

SITUAÇÃO: () DEFERIDO () INDEFERIDO

Valor percentual da Bolsa de Estudo concedida: _____%

PARECER FINAL DA COMISSÃO: _____

Data e local _____, ____/____/____

REPRESENTANTE DOS PAIS
ESTABELECIMENTO

ASSISTENTE SOCIAL

DIRETOR(A) DO

Nº CRESS 8999
Patrícia Tavares Petró