

Sociedade Educação e Caridade - SEC
Nome do estabelecimento: Colégio Stella Maris
Local: Viamão/RS

FICHA SOCIOECONÔMICA - CONCESSÃO DE BOLSA DE ESTUDOS 2026

I. IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO

Nome do estudante: _____

Nome Social: _____

Série/Ano: _____ Curso: _____ Turma: _____ Turno: _____

Gênero _____

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

Certidão Nascimento: _____ CPF: _____ Endereço: _____

_____ Bairro: _____

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

CadÚnico / N° NIS: _____

II. IDENTIFICAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS

Nome: _____ Grau de parentesco: _____

Endereço: _____ Fone/Celular: _____

CEP: _____ Bairro: _____ Cidade: _____

E-mail : _____

Estado civil: _____ CTPS: _____

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

Profissão: _____

Local de Trabalho: _____ Fone comercial: _____

Remuneração Bruta: _____ Mês: _____ Outra Renda: _____

Escolaridade: _____ CadÚnico / N° NIS: _____

Nome (cônjuge): _____ Grau de parentesco: _____

Endereço: _____ Fone/Celular: _____

CEP: _____ Bairro: _____ Cidade: _____

E-mail: _____

Estado civil: _____ CTPS: _____

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

Local de Trabalho: _____ Fone comercial: _____

Remuneração Bruta: _____ Mês: _____ Outra Renda: _____

Escolaridade: _____ CadÚnico / N° 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: _____ CTPS: _____

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

Local de Trabalho: _____ Fone comercial: _____

Remuneração Bruta: _____ Mês: _____ Outra Renda: _____

Escolaridade: _____ CadÚnico / N° NIS: _____

Nome: _____ Grau de parentesco: _____

Endereço: _____ Fone/ Celular: _____

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

Estado civil: _____ CTPS: _____

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

Local de Trabalho: _____ Fone comercial: _____

Remuneração Bruta: _____ Mês: _____ Outra Renda: _____

Escolaridade: _____ CadÚnico / N° 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 (60+) ou com deficiência? Qual a deficiência e necessidades?

Necessita de medicação de uso contínuo? Qual?

Valor médio mensal gasto? _____

Com relação ao idoso: Informe se está aposentado, institucionalizado, se tem curatela? Necessita de cuidadores? _____

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:

VIII. PARECER DO ESTABELECIMENTO:

SITUAÇÃO: () DEFERIDO () INDEFERIDO

Valor percentual da Bolsa de Estudo concedida: _____%

PARECER FINAL DA COMISSÃO: _____

Data e local _____, ____/____/____

DIRETOR(A) DO ESTABELECIMENTO REPRESENTANTE DOS PAIS ASSISTENTE SOCIAL
Nº CRESS _____

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.

_____, ____/____/2025 Assinatura do requerente: _____

