



BOLSAS DE ESTUDO – ANO LETIVO 2026 Formulário de Avaliação Socioeconômica

1 – Identificação do Beneficiário:

Matrícula Nº	Nome do(s) Aluno(s) e/ou Candidato(s)	Curso/Série em 2026	Sexo	Idade

2 – Identificação do Responsável:

Responsável financeiro:		Parentesco:	
RG:	CPF:		
Rua/Av.	Nº	Complemento:	
Bairro:	Cidade:		CEP:
Tel. Resid.:	Celular:	Tel. Com.:	
E-mail ¹ :			

3 – Composição familiar:

No quadro devem constar os dados de **TODAS** as pessoas que moram com o(s) aluno (s), incluindo o(s) aluno (s).

	Nome	Idade	Parentesco	Estado Civil	Grau de instrução	Ocupação	Renda Bruta ² R\$
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							

¹ Preencher de forma legível

² Renda Bruta mensal: salário, aposentadoria, pró-labore,...





3.1 – A família possui outros tipos de renda, além do(s) salário(s)? () Sim () Não

() Aluguel R\$ _____ () Pensão R\$ _____ () Ajuda de Parentes R\$ _____ () Outros R\$ _____

Grupo Familiar é inscrito no **CadÚnico**? () Sim () Não

Caso a sua Família seja beneficiada por um ou mais Programas de Transferência de Renda, assinale abaixo:

() **BPC** – Benefício de Prestação Continuada

() **PBF** – Bolsa Família () Outros, especifique: _____

4 – Declaração de bens - Situação de **Moradia** da família:

Própria <input type="checkbox"/>	Alugada <input type="checkbox"/>	Financiada <input type="checkbox"/>	Cedida <input type="checkbox"/>	Outros <input type="checkbox"/>
----------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------	---------------------------------

Se cedida, responda qual parentesco com o proprietário: _____

Possui veículo? () Sim () Não

() Carro () Moto () Caminhão () outros _____

Modelo: _____ Marca: _____ Ano: _____

Modelo: _____ Marca: _____ Ano: _____

5 – Condições de Saúde na família: Algum membro na família possui doença grave e/ou faz uso de medicamento contínuo, que gere gastos com saúde que possam ser comprovados?

() Não. () Sim - Anexar comprovantes.

Quem? _____ Que doença(s)? _____

6 – Despesas mensais básicas: Informar as despesas do **último mês** e **apresentar as cópias**.

Despesas		Valor R\$	Despesas		Valor R\$
1	Água		10	Plano de saúde	
2	Luz		11	Medicamentos	
3	Gás		12	Transporte Escolar e/ou Coletivo (ônibus)	
4	Condomínio		13	Mensalidade escolar	
5	Aluguel		14	Financiamento de Imóvel	
6	IPTU (somente parcelado)		15	Financiamento de Veículo	
7	Alimentação		16	TV a Cabo / Internet	
8	Telefone fixo		17	Cursos (Idiomas / Outros)	
9	Telefone celular		18	Outras (especificar) _____	





"CAMPO EXCLUSIVO PARA USO DO COLÉGIO"

PARECER TÉCNICO COMISSÃO INTERNA DE BOLSAS DE ESTUDO		Ano Letivo 2026
Matrícula Nº	Nome do(s) Aluno(s) e/ou Candidato(s)	

Parecer do Serviço Social:

Parecer da Presidente da Comissão:

Parecer Final:

() **Deferido** Concedido Bolsa de Estudo _____% da Lei Complementar nº 187/2021.

() **Indeferido** Justificativa: _____

_____/_____/_____
Data

Presidente da Comissão Interna de Bolsas de Estudo

