



Formulário de Avaliação Socioeconômica BOLSAS DE ESTUDO – ANO LETIVO 2027

1 – Identificação do Beneficiário:

Matrícula Nº	Nome do(s) Aluno(s) e/ou Candidato(s)	Curso/Série em 2027	Dt. Nasc.	Sexo F/M	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,...



Rede Internacional
de Ensino Companhia de Maria N.S.



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 ☐	Alugada ☐	Financiada ☐	Cedida ☐	Outros ☐
----------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------	---------------------------------

Se cedida, responda qual parentesco com o proprietário: _____

Possui veículo? () Sim Quantos? _____ () 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) _____	



7 – Justificativa familiar para solicitação da bolsa de estudo:

Utilizar o campo abaixo para descrever o motivo da solicitação da bolsa de estudo (se necessário, use uma folha A4 e anexe ao formulário) – Este campo tem que ser **obrigatoriamente** preenchido.

[illegible]

8 - DECLARAÇÃO:

Declaro, sob as penas da lei, ser verdadeiros os dados fornecidos neste formulário e desde já autorizo a verificação dos dados. Omissão ou falsidade de informações pertinentes à seleção em qualquer tempo resultará na exclusão do processo. O artigo 299 do código penal dispõe que é crime “Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante.”

Assinatura do Responsável Financeiro

Local

Data



Rede Internacional
de Ensino Companhia de Maria N.S.



"CAMPO EXCLUSIVO PARA USO DO COLÉGIO"

PARECER TÉCNICO COMISSÃO INTERNA DE BOLSAS DE ESTUDO		Ano Letivo 2027
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

