FICHA DE AVALIAÇÃO SOCIOECONÔMICA PARA RENOVACAO DE BOLSA DE ESTUDOS – EDITAL 001/2026 – Anexo II

1. DADOS PESSOAIS DO ALUNO (A) CANDIDATO (A):

ALUNO (A)_____

DATA DE NASCIMENTO: _____/_____ /_____ IDADE: _____ SEXO: MASCULINO ( ) FEMININO ( )

SERIE/TURMA/TURNO CURSANDO EM 2026._____

O ALUNO CANDIDATO (A) POSSUI DEFICIÊNCIA: NÃO ( ) SIM ( )
QUAL_____

POSSUI LAUDO MÉDICO?_____]

2. DADOS DO RESPONSAVEL FINANCEIRO PELO ALUNO (A) CANDIDATO (A), DEVERÁ OBRIGATORIAMENTE MORAR NA MESMA CASA QUE O CANDIDATO

Nome:_____

Estado Civil:_____Email:_____

CPF:_____Escolaridade:_____

Grau de parentesco PAI ( ) MÃE ( ) OUTROS ( )
_____

Telefone 1:_____ Telefone 2:_____

Endereço Residencial:_____

Bairro: _____Cidade_____

Profissão_____Ocupação_____

Empresa que trabalha_____

Endereço Comercial. _____

Telefone Comercial _____

_____

Possui outra(s) fonte(s) de Renda NÃO ( ) SIM (SIM)

Valor Total Bruto (RS)_____

Declara Imposto de Renda? NÃO ( ) SIM ( )

3. RESPOSÁVEL ACADÈMICO

Nome:_____

Estado Civil:_____Email:_____

CPF:_____Escolaridade:_____

Grau de parentesco PAI ( ) MÃE ( ) OUTROS ( ) _____

Telefone 1:_____ Telefone 2:_____

Endereço Residencial:_____

Bairro: _____Cidade_____

Profissão_____Ocupação_____

Empresa que trabalha_____

Endereço Comercial. _____

Telefone Comercial _____

Possui outra(s) fonte(s) de Renda NÃO ( ) SIM (SIM)

Valor Total Bruto (RS)_____

Declara Imposto de Renda? NÃO ( ) SIM ( )

5. SITUAÇÃO DE MORADIA DA FAMÍLIA:

( ) CASA PRÓPRIA

( ) CASA FINANCIADA

( ) CASA ALUGADA

( ) CASA CEDIDA

( ) OUTROS: _____

TIPO DE MORADIA: ( )ALVENARIA, ( )MADEIRA, ( )MISTA, ( )OUTROS: _____

QUANTIDADE DE CÔMODOS:_____ SALA ( ) COZINHA ( ) QUARTO( ) BANHEIRO( ) SALA DE JANTAR( )

6. SITUAÇÃO SOCIOECONÔMICA

INFORMAÇÕES SOBRE A COMPOSIÇÃO FAMILIAR -TODOS QUE REDIDEM NO IMÓVEL

NOME	IDADE	PARENTESTCO	PROFISSÃO ATIVIDADE	ESTADO CIVIL	ESCOLARIDADE	RENDA BRUTA MESAL (R$)
					Renda Total Familiar em Reais	

7.RENDA AGREGADA:

( ) PENSÃO ALIMENTÍCIA R$_____

( ) AJUDA DE FAMILIARES R$_____

( ) TRABALHO INFORMAL R$_____

( ) RECEBE ALUGUEL R$ _____

( ) NÃO POSSUI RENDA AGREGADA R$ _____

TOTAL DA RENDA FAMILIAR AGREGADA EM REAIS R$ _____

SUA FAMÍLIA É ATENDIDA POR UM OU MAIS PROGRAMAS DE TRANSFERÊNCIA DE RENDA, ASSINALE ABAIXO QUAIS:

( ) BOLSA FAMÍLIA ( ) BPC - BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA ( )

OUTROS:_____

QUANTAS PESSOAS, INCLUINDO VOCÊ, VIVEM DA RENDA MENSAL DE SUA FAMÍLIA?_____

PESSOAS DO SEU GRUPO FAMILIAR QUE ESTUDAM EM OUTRAS INSTITUIÇÕES PARTICULARES E PAGAM A MENSALIDADE

Instituição	Nome do membro familiar	Valor da mensalidade

POSSUI VEÍCULO AUTOMOTOR?

( ) SIM

( ) NÃO

EM CASO AFIRMATIVO, ESPECIFICAR:

Marca/Modelo	Ano de fabricação	Comercial/Passeio	Valor (R$)

POSSUI ALGUMA PROPRIEDADE?

( ) SIM ( ) NÃO

Em caso afirmativo relacionar:

( ) ZONA URBANA ( ) ZONA RURAL DIMENSÃO ÁREA (hectares):_____

QUAL A SITUAÇÃO DE SAÚDE NA FAMÍLIA?

EXISTE ALGUÉM NA FAMÍLIA COM PROBLEMAS PERMANENTES DE SAÚDE? ( ) SIM ( ) NÃO

EM CASO AFIRMATIVO, QUAL O MEMBRO DA FAMÍLIA?_____

QUAL É O TIPO DE DOENÇA? (pulmonar, sanguínea, renal, Câncer, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), neurológica, cardíaca, psicológica, outras):

_____

EXISTE ALGUÉM NA FAMÍLIA QUE ESTÁ EM TRATAMENTO MÉDICO? ( ) Sim ( ) Não

EM CASO AFIRMATIVO, QUAL O MEMBRO DA FAMÍLIA?_____

FAZ USO CONTINUO DE ALGUM MEDICAMENTO? ( ) Sim ( ) Não

EM CASO AFIRMATIVO, COMO É ADQUIRIDO ESSE MEDICAMENTO?_____

EXISTE ALGUÉM COM NECESSIDADES ESPECIAIS NA FAMÍLIA? ( ) Sim ( ) Não

EM CASO AFIRMATIVO, QUAL O MEMBRO DA FAMÍLIA?

_____

EM CASO AFIRMATIVO, QUAL A NECESSIDADE ESPECIAL?

_____

DESPESAS BÁSICAS MENSAIS:

ASSINALE E ESPECIFIQUE OS VALORES:

( ) ALUGUEL R$ _____

( ) CONDOMÍNIO R$ _____

( ) ÁGUA R$ _____

( ) LUZ R$ _____

( ) TELEFONE R$ _____

( ) FINANCIAMENTO DE CASA PRÓPRIA R$ _____

( ) IPTU R$ _____

( ) IPVA (Licenciamentos de Veículos) R$ _____

( ) GASTOS COM TRANSPORTE ESCOLAR R$ _____

( ) COMBUSTÍVEL R$ _____

( ) PLANO DE SAÚDE R$ _____

( ) SEGUROS R$ _____

( ) OUTRAS DESPESAS COM SAÚDE R$ _____

( ) OUTRO TIPO DE FINANCIAMENTO R$ _____

( ) VIDA SOCIAL R$ _____

TOTAL DOS GASTOS R$ _____

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Responsabilizo-me pelas informações aqui prestadas e declaro estar ciente que, a qualquer tempo, em caso de constatação de falsidade delas ou da inidoneidade dos documentos apresentados, o benefício a mim concedido será imediatamente cancelado, sem prejuízo das demais sanções cíveis e penais cabíveis.

_____, _____, de _____ de 20____

_____
Nome do Requerente

_____
Assinatura do Requerente