

**ANEXO II – FICHA SOCIOECONÔMICA**  
(Documento integrante do Edital N° 001/2025)  
**UNIÃO BENEFICENTE E CULTURAL DE CAMPO BOM**  
**COLÉGIO SANTA TERESINHA**

**ATENÇÃO:**

- 1- Somente será analisada a solicitação que estiver devidamente preenchida, assinada e com todos os documentos anexados.
- 2- Todas as informações deverão ser digitadas ou preenchidas em letra de fôrma. Estas serão guardadas em sigilo, portanto deverão ser claras, precisas e verdadeiras.
- 3- Este documento não poderá conter rasuras. Qualquer problema com relação às informações prestadas invalida a solicitação.
- 4- Os dados pessoais coletados neste formulário e nos documentos relacionados a ele são necessários para viabilizar a sua solicitação. O tratamento das informações é feito em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados (Lei 13.709/18).

SOLICITAÇÃO: ( ) NOVA ( ) RENOVAÇÃO

ANO LETIVO 2025

IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDANTE			
NOME DO CANDIDATO:		DATA NASCIMENTO: ____/____/____	IDADE:
Escola de origem:		Série em 2025:	
CPF:	RG:	Órgão Expedidor:	NIS:
E-mail do Estudante:		Celular:	
Endereço:		Nº/Complemento:	
Bairro:	CEP:	Município:	
Ponto Referência:		Telefone Fixo:	
Nome da Mãe:			
Endereço:			
E-mail:		Celular:	
CPF da mãe:		RG da mãe:	
Nome do Pai:			
Endereço:			
E-mail:		Celular:	
CPF do pai:		RG do pai:	
Possui irmãos na escola: ( ) Sim, quantos? ____ Não ( )			
Responsável financeiro: ( ) Pai ou ( ) Mãe ou ( ) Outro, especifique abaixo:			
Nome:			
Endereço:			
E-mail:		Celular:	
CPF:		RG:	

**RELAÇÃO DE TODAS AS PESSOAS QUE RESIDEM NA CASA DO CANDIDATO**

Nº	NOME DE CADA MEMBRO DO GRUPO FAMILIAR INCLUSIVE DO CANDIDATO À BOLSA	GRAU DE PARENTESCO EM RELAÇÃO AO CANDIDATO	IDADE	ESTADO CIVIL (LEGENDA I)	ESCOLARIDADE	PROFISSÃO ATIVIDADE EXERCIDA	SITUAÇÃO DE TRABALHO (LEGENDA II)	RENDIMENTO MENSAL BRUTO	RENDIMENTO MENSAL EXTRA
1		CANDIDATO(A)							
2									
3									
4									
5									
6									

**\*LEGENDA I – ESTADO CIVIL**

**01** – Solteiro(a); **02** – Casado/união estável; **03** – Viúvo(a); **04** – Separado(a) Legalmente; **05** – Separado(a) sem legalidade; **06** – Outra situação

**\*LEGENDA II – SITUAÇÃO DE TRABALHO**

**01** – Empresário/sócio de empresa; **02** – Assalariado com Carteira de Trabalho; **03** – Assalariado sem Carteira de Trabalho; **04** – Autônomo com Previdência Social; **05** – Autônomo sem Previdência Social; **06** – Aposentado/pensionista; **07** – Trabalhador rural; **08** – Empregador rural; **09** – Não trabalha; **10** – Desempregado; **11** – Afastado (auxílio doença ou acidente de trabalho); **12** – Estagiário/Jovem aprendiz; **13** – Funcionário público; **14** - Outro

<b>USO EXCLUSIVO DA COMISSÃO:</b>	SALÁRIO MÍNIMO VIGENTE REFERÊNCIA 2024: R\$ 1.412,00	NÚMERO DE MEMBROS:	RENDA BRUTA FAMILIAR:	RENDA PER CAPITA:
-----------------------------------	---	--------------------	-----------------------	-------------------

**CARACTERÍSTICAS DO DOMICÍLIO**

Situação Habitacional:

( ) Herdada ( ) Própria Financiada ( ) Compartilhada ( ) Própria Quitada ( ) Alugada ( ) Cedida

Outra Situação. Qual? \_\_\_\_\_

Identifique abaixo todos os imóveis do grupo familiar:

PROPRIETÁRIO	TIPO DE IMÓVEL	ANO DA COMPRA	VALOR DO IMÓVEL	SALDO A PAGAR

**DECLARAÇÃO DOS BENS MÓVEIS PERTENCENTES AO GRUPO FAMILIAR**

A Família possui veículo próprio? Não ( ) Sim ( ) Se sim, quantos? \_\_\_\_\_

(carro, moto, caminhão, trator, etc). Marcar com (X) para qual finalidade e se está quitado.

PROPRIETÁRIO	MODELO	MARCA	ANO	QUITADO		SALDO A PAGAR	VALOR DE MERCADO
				SIM	NÃO		

**INVESTIMENTOS E APLICAÇÕES FINANCEIRAS DO GRUPO FAMILIAR**

CDB/POUPANÇA INFORME O VALOR	CONSÓRCIO INFORME O VALOR	BOLSA DE VALORES INFORME O VALOR	OUTROS INFORME O VALOR

**SITUAÇÃO DE SAÚDE DO ESTUDANTE E GRUPO FAMILIAR**

**O Estudante apresenta algum problema de saúde?**

( ) Não ( ) Sim. Qual: \_\_\_\_\_

**O Estudante apresenta alguma deficiência?**

Não ( ) Sim ( ). Se sim, qual?

( ) Auditiva ( ) Física/Motora ( ) Mental ( ) Visual

**Situação de Saúde do grupo familiar**

Existe caso de doença grave ou crônica no núcleo familiar? Em caso positivo, relacione-o(s) abaixo:

NOME	GRAU DE PARENTESCO	DOENÇA	DESPESA MENSAL

DESPESAS MENSAIS DO GRUPO FAMILIAR					
ALUGUEL/ SFH (FINANCIAMENTO) R\$	ÁGUA/ CONDOMÍNIO R\$	LUZ R\$	IPTU (VALOR MENSAL) R\$	TELEFONE (FIXO E CELULAR) R\$	PLANO DE SAÚDE R\$
MEDICAMENTOS R\$	MENSALIDADE ESCOLAR R\$	MENSALIDADE FACULDADE R\$	TRANSPORTE LOCADO/ COLETIVO R\$	IPVA/ PARCELA R\$	PRESTAÇÃO VEÍCULO R\$
EMPRÉSTIMO BANCÁRIO R\$	EMPREGADA DOMÉSTICA R\$	DENTISTA R\$	ALIMENTAÇÃO R\$	OUTRAS DESPESAS R\$ _____ (_____) R\$ _____ (_____) R\$ _____ (_____)	
RENDA AGREGADA					
AJUDA DE FAMILIARES R\$: _____	ALUGUEL RECEBIDO R\$: _____	PENSÃO ALIMENTÍCIA R\$: _____	TRABALHO INFORMAL R\$: _____		
RENDA BRUTA FAMILIAR TOTAL (Considera-se o somatório bruto das rendas do grupo familiar)					
R\$					
RELATE DE FORMA OBJETIVA O MOTIVO DA SUA SOLICITAÇÃO					
<p>Declaro sob as penas da lei, serem verdadeiras as informações e documentos por mim fornecidos e que estou ciente das normas que regem a presente solicitação e as informações prestadas, quando INVERÍDICAS, a QUALQUER TEMPO poderá ser CANCELADO O BENEFÍCIO concedido e exigido o RESSARCIMENTO dos VALORES. Desde já autorizo a divulgação do (s) nome (s) do (s) beneficiado (s) quando exigidos por Órgãos Públicos e competentes em razão da Legislação vigente.</p>					
<p>Campo Bom, ____ de _____ de _____.</p>					
<p>_____</p>					
<p>Assinatura do(a) responsável pelas informações</p>					