UBEC – UNIÃO BENEFICENTE E CULTURAL DE CAMPO BOM
Rua Santo Inácio de Loiola, 196 – Centro – Campo Bom - RS
Fone: (51) 3597-1215 - www.santa.g12.br

ANEXO II – FICHA SOCIOECONÔMICA

(Documento integrante do Edital N° 001/2026)

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 2026**

IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDANTE			
NOME DO CANDIDATO:		DATA NASCIMENTO: ____/____/____	IDADE:
Escola de origem:		Série que cursará em 2026:	
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									
N°	NOME DE CADA MEMBRO DO GRUPO FAMILIAR INCLUSIVE DO CANDIDATO À BOLSA	GRAU DE PARENTESCO EM RELAÇÃO AO CANDIDATO	I DADE	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

USO EXCLUSIVO DA COMISSÃO:	SALÁRIO MÍNIMO VIGENTE REFERÊNCIA 2025: R$ 1.518,00	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.

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

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

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.

Campo Bom, ____ de _____ de _____.

_____

Assinatura do(a) responsável pelas informações