

Ficha socioeconômica – Renovação Bolsas de Estudo – Ano 2026

1. IDENTIFICAÇÃO DO ALUNO

Nome do (a) aluno (a): _____
Ano/Turma: _____ Repetente () Sim () Não Turno integral () Sim () Não
Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: ____
Sexo: () masculino () feminino Bolsa de Estudos - 2025: () 50% () 100%
Outros irmãos estudando na Escola Providência () Sim () Não
Nome: _____ Série: _____
Nome: _____ Série: _____

2. IDENTIFICAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS

Nome: _____
Grau de parentesco: _____ Data de nascimento: ____/____/____
Endereço: _____ Telefone: _____
CEP: _____ Bairro: _____ Cidade: _____
Profissão: _____ Local de trabalho: _____
Telefone: _____ Remuneração/ Mês: R\$: _____
RG: _____ CPF: _____
Outras rendas: _____

Nome: _____
Grau de parentesco: _____ Data de nascimento: ____/____/____
Endereço: _____ Telefone: _____
CEP: _____ Bairro: _____ Cidade: _____
Profissão: _____ Local de trabalho: _____
Telefone: _____ Remuneração/ Mês: R\$: _____
RG: _____ CPF: _____
Outras rendas: _____

Nome do Responsável / contratante junto à instituição: _____

Bolsa Família: () Sim () Não Valor: R\$ _____ NIS: _____
BPC – Benefício de Prestação Continuada: () Sim () Não Valor: R\$ _____
Outros benefícios: () Sim () Não Valor: R\$ _____ Especificar: _____
Pensão alimentícia, se for o caso: Valor R\$ _____

3. Relacionar todas as pessoas que moram na mesma casa (Grupo familiar) – Incluir o aluno também.

NOME	Parentesco	Se estuda, qual escola e ano/série que frequenta?	Profissão/Ocupação	Renda Mensal
				R\$
				R\$
				R\$
				R\$
				R\$
				R\$
				R\$
				R\$

4. INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

4.1. DOENÇA NA FAMÍLIA

Há em seu grupo familiar alguma situação relacionada abaixo?

Em caso afirmativo, apresentar o Laudo Médico e do acompanhamento (psicológico, neurológico ou psicopedagógico).

- a) Pessoa com deficiência () Sim Quem? _____ () Não
b) Pessoa com problemas mentais () Sim Que _____ () Não
c) Doenças crônicas na família () Sim Quem? _____ () Não

Em caso afirmativo, qual doença, e que medicação continuada é utilizada como tratamento? _____

5. ENDEREÇO RESIDENCIAL

Endereço: _____ Bairro: _____

CEP: _____ Complemento: _____

Ponto de Referência: _____

Residência: () Própria () Financiada

Se financiada, informar o valor mensal da prestação: R\$ _____

Residência: () Alugada

Valor do aluguel: R\$ _____ quanto tempo mora no local: _____

Residência cedida () Por quem? _____

RELACIONAR OS BENS QUE A FAMÍLIA POSSUI:

Automóvel	() Quitado
Modelo:	() Financiado
Ano:	Valor da prestação: R\$
Moto	() Quitada
Modelo:	() Financiada
Ano:	Valor da prestação: R\$

6. RELACIONAR A ESTIMATIVA DE DESPESAS – MENSAL

Água: R\$	Alimentação e Higiene: R\$
Internet e TV a cabo: R\$	Combustível: R\$
Farmácia: R\$	Outras despesas: R\$
Transporte público e/ou escolar: R\$	Identificação da despesa:
Luz: R\$	Outras despesas: R\$
Telefone: R\$	Identificação da despesa:

RENDA BRUTA FAMILIAR: R\$ _____

NÚMERO DE DEPENDENTES DA RENDA FAMILIAR: _____

RENDA PER CAPITA (renda bruta dividida pelo número de dependentes): R\$ _____

7. DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, fiscais e administrativos que solicitei assistência social para auxílio educacional e que as informações familiares prestadas constantes nesta ficha socioeconômica são verdadeiras. Estou ciente ainda que omitir ou dar declaração falsa é crime, e que poderemos receber visitas domiciliares por um Assistente Social credenciado pela Escola e que a Instituição de Ensino poderá cancelar os benefícios, no caso de constatar dados inverídicos.

Assinatura da Mãe, Pai ou Responsável

8. PARECER DA INSTITUIÇÃO:

() DEFERIDO () INDEFERIDO

VALOR PERCENTUAL DE GRATUIDADE CONCEDIDA: _____%

PERÍODO DE DURAÇÃO DA GRATUIDADE: De ____/____/20__ a ____/____/20__.

Santa Maria, _____ de outubro de 2025.

Parecer social:
