

## Ficha socioeconômica – Renovação Bolsas de Estudo - 2025

### 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 - 2024: ( ) 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:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

NOME	Parentesco	Se estuda, qual escola 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 \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

Parecer social:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_