

## Cadastro de Avaliação Socioeconômico.

PROCESSO Nº:

CENTRO EDUCACIONAL SÃO FRANCISCO DE ASSIS  
PALMAS / TO

REF. AO PERÍODO  
LETIVO: 2019

|                                    |                                     |   |  |
|------------------------------------|-------------------------------------|---|--|
| DATA DA RETIRADA DESTE FORMULÁRIO: | DATA DA DEVOLUÇÃO DESTE FORMULÁRIO: | DATA DO CADASTRAMENTO DA GRATUIDADE NO SISTEMA: | RESPONSÁVEL PELO CADASTRAMENTO NO SISTEMA: |
|------------------------------------|-------------------------------------|---|--|

### ORIENTAÇÕES:

- O preenchimento deste formulário não implica qualquer compromisso de concessão de bolsa de estudo por parte do CESFA.
- Deverão ser apresentados os documentos relacionados de todos os membros do grupo familiar. Entende-se por grupo familiar todos que vivem sob o mesmo teto, independente de idade e/ou contribuição financeira.
- O percentual de gratuidade da Bolsa de Estudo a ser concedido tem validade apenas para o ano de 2019.
- Este formulário será analisado apenas mediante a apresentação de todos os documentos solicitados.
- O REQUERENTE DE BOLSA DE ESTUDOS é a pessoa legalmente responsável pelo aluno.

### 1. IDENTIFICAÇÃO DO ALUNO

|   |   |   |         |                           |  |
|---|---|---|---------|---------------------------|--|
| <b>Nome Completo do Aluno:</b>                |   | <b>Nº RG:</b>   |         | <b>Data de Nascimento</b> |  |
| <b>Sexo:</b><br>( ) Feminino<br>( ) Masculino | <b>Portador de Deficiência:</b><br>( ) Não<br>( ) Sim Qual: | <b>O aluno reside:</b><br>( ) no bairro onde o Colégio está localizado ( ) fora do bairro onde o Colégio está localizado<br>( ) em outra cidade |         |                           |  |
| Endereço:                                     |   | Nº:   | Bairro: |                           |  |
| Cidade:                                       |   | CEP:  | Estado: | Telefone:                 |  |
| Ponto de Referência:                          |   |   |         |                           |  |
| Celular:                                      |   | Idade:  | RG:     | CPF:                      |  |

### 2. INFORMAÇÕES SOBRE O ALUNO PARA QUAL ESTÁ SENDO SOLICITADO BOLSA DE ESTUDO

| Nº de Matrícula: | Série Escolar em 2018 | Bolsa de Estudo Recebida pelo CESFA em 2018, em % | Série a cursar ou cursando em 2019 | Pedido de Concessão de Bolsa de Estudo | Para uso do CESFA |   |
|------------------|-----------------------|---|------------------------------------|--|-------------------|---|
|                  |                       |   |                                    |  | Código do Aluno   | Percentual de Gratuidade de Bolsa de Estudo Concedida em 2019 |
|                  | ***                   | ***   |                                    | (x) Novo ( ) Renovação                 |                   |   |

### 3. INFORMAÇÕES DO(S) RESPONSÁVEL(EIS) LEGAL/FAMILIAR PELO ALUNO:

#### INFORMAÇÕES DA MÃE: CONTRATANTE<sup>1</sup>: ( ) SIM ( ) NÃO

Nome: \_\_\_\_\_  
 Situação da Mãe: ( ) Presente ( ) Falecida ( ) Outros: \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
 Cidade: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_  
 Celular: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
 Categoria de Ocupação: ( ) Empregado Domestico ( ) Estagiário Remunerado ( ) Funcionário Público  
 ( ) Empregado com carteira assinada – CTPS ( ) Estagiário Não Remunerado ( ) Aposentado  
 ( ) Conta Própria ( ) Desempregado ( ) Pensionista  
 ( ) Empregador ( ) Outro: Especificar \_\_\_\_\_

#### INFORMAÇÕES DO PAI: CONTRATANTE: ( ) SIM ( ) NÃO

Nome: \_\_\_\_\_  
 Situação do Pai ( ) Presente ( ) Falecida ( ) Outros: \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
 Cidade: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_  
 Celular: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
 Categoria de Ocupação: ( ) Empregado Domestico ( ) Estagiário Remunerado ( ) Funcionário Público  
 ( ) Empregado com carteira assinada – CTPS ( ) Estagiário Não Remunerado ( ) Aposentado  
 ( ) Conta Própria ( ) Desempregado ( ) Pensionista  
 ( ) Empregador ( ) Outro: Especificar \_\_\_\_\_

#### IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL: (Preencher somente quando este não for o pai e/ou a mãe) CONTRATANTE: ( ) SIM ( ) NÃO

Nome: \_\_\_\_\_  
 Situação do Responsável ( ) Presente ( ) Falecida ( ) Outros: \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
 Cidade: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_  
 Celular: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
 Categoria de Ocupação: ( ) Empregado Domestico ( ) Estagiário Remunerado ( ) Funcionário Público  
 ( ) Empregado com carteira assinada – CTPS ( ) Estagiário Não Remunerado ( ) Aposentado  
 ( ) Conta Própria ( ) Desempregado ( ) Pensionista  
 ( ) Empregador ( ) Outro: Especificar \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Contratante – Responsável pela assinatura no Contrato Escolar.

#### 4. QUADRO DE COMPOSIÇÃO FAMILIAR (pessoas que moram na mesma residência):

Colocar primeiro o nome do (s) alunos (s). Neste quadro deve constar o nome de todas as pessoas que moram com o (s), inclusive crianças

| Nome Completo | Escolaridade | Parentesco | Data de Nascimento | Profissão ou Atividade | Estado Civil | Salário Bruto (em R\$) |
|---------------|--------------|------------|--------------------|------------------------|--------------|------------------------|
| 1.            |              |            |                    |                        |              |                        |
| 2.            |              |            |                    |                        |              |                        |
| 3.            |              |            |                    |                        |              |                        |
| 4.            |              |            |                    |                        |              |                        |
| 5.            |              |            |                    |                        |              |                        |
| 6.            |              |            |                    |                        |              |                        |
| 7.            |              |            |                    |                        |              |                        |
| 8.            |              |            |                    |                        |              |                        |
| 9.            |              |            |                    |                        |              |                        |
| 10.           |              |            |                    |                        |              |                        |

Soma de outras fontes de renda do GRUPO FAMILIAR (aluguéis, pensões, etc.)

TOTAL DE RENDA MENSAL BRUTA DO GRUPO FAMILIAR

RENDA PER CAPITA

#### 5. INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

No grupo familiar descrito há alguém que recebe algum tipo de benefício: ( ) Não ( ) Sim

Qual/nome do tipo /natureza do benefício: \_\_\_\_\_

Valor Recebido R\$ \_\_\_\_\_

#### 6. IMÓVEL DE MORADIA

|   |  |
|---|--|
| ( ) Próprio<br>( ) Financiada R\$ _____<br>Cedido por: _____                      | ( ) Alugada – Valor/Mês R\$ _____<br>( ) Condomínio – Valor/Mês R\$ _____<br>( ) Compartilhado com outra família _____ |
| <b>Tipo de Imóvel:</b><br>( ) Favela ou Cortiço ou Palafita ( ) Casa de Alvenaria | <b>O grupo familiar reside em imóvel:</b><br>( ) Precário ( ) Básico ( ) Alto Padrão                                   |

#### 7. VEÍCULOS

| Marca/Modelo | Ano de Fabricação | Utilização                |
|--------------|-------------------|---------------------------|
|              |                   | ( ) Comercial ( ) Passeio |
|              |                   | ( ) Comercial ( ) Passeio |

#### 8. PESSOAS DO GRUPO FAMILIAR ESTUDANDO EM OUTRAS ESCOLAS PARTICULARES

| Nome         | Escola | Valor da Parcela (em R\$) |
|--------------|--------|---------------------------|
|              |        |                           |
|              |        |                           |
| <b>TOTAL</b> |        |                           |

#### 9. CONDIÇÕES DE SAÚDE

Há alguém na família que está em tratamento médico? ( ) Sim ( ) Não Faz uso de medicamento contínuo: ( ) Sim ( ) Não

| Nome         | Tipo de Doença | Despesa Mensal (em R\$) |
|--------------|----------------|-------------------------|
|              |                |                         |
|              |                |                         |
| <b>TOTAL</b> |                |                         |

#### 10. DOENÇAS CRÔNICAS (Ex: doenças pulmonares, renais, câncer, sanguíneas, AIDS, neurológicas – epilepsia – cardíacas, outras, conforme Interministerial nº 2.998, de 23/08/01)

Há casos de doenças crônicas na família? ( ) Sim ( ) Não

| Nome         | Tipo de Doença | Despesa Mensal (em R\$) |
|--------------|----------------|-------------------------|
|              |                |                         |
|              |                |                         |
| <b>TOTAL</b> |                |                         |

#### 11. PESSOAS COM DEFICIÊNCIA (Ex: Física, mental, sensorial auditiva ou visual, múltipla – conforme Decreto 3.298/99)

Há pessoas com deficiência na família? ( ) Sim ( ) Não

| Nome         | Tipo de Deficiência | Despesa Mensal (em R\$) |
|--------------|---------------------|-------------------------|
|              |                     |                         |
|              |                     |                         |
| <b>TOTAL</b> |                     |                         |

## 12. DESPESAS MENSAS BÁSICAS:

| DESPESAS                  | VALOR (em R\$) | DESPESAS                    | VALOR (em R\$) |
|---------------------------|----------------|-----------------------------|----------------|
| AGUA/ESGOTO               |                | IPTU                        |                |
| ENERGIA ELÉTRICA          |                | IMPOSTO DE RENDA            |                |
| TELEFONE (FIXO + CELULAR) |                | INSS                        |                |
| ALIMENTAÇÃO               |                | TRANSPORTE ESCOLAR          |                |
| ALUGUEL                   |                | INTERNET                    |                |
| CONDOMÍNIO                |                | EDUCAÇÃO                    |                |
| PLANO DE SAÚDE            |                | OUTRO TIPO DE FINANCIAMENTO |                |
| OUTRAS DESPESAS           |                | OUTRAS DESPESAS             |                |
| <b>SUB-TOTAL</b>          |                | <b>SUB-TOTAL</b>            |                |
|                           |                | <b>SOMA TOTAL</b>           |                |

Escreva abaixo o motivo de sua solicitação. Se necessário, utilize registro complementar.

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

Eu, \_\_\_\_\_, portador do RG nº \_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_, declaro para os devidos fins e sob as penas da Lei que as informações aqui prestadas são verdadeiras e por elas me responsabilizo, sendo assim, comprometo-me a apresentar todos os documentos comprobatórios solicitados, e/ou outros que a Unidade Educacional julgar necessário e estou ciente que sem os mesmos a inscrição no processo seletivo de bolsas de estudo não será efetivado. Registro ainda ciência da possibilidade do recebimento de visita técnica de representante institucional com vistas à complementaridade de dados. Estou ciente que a inveracidade das informações prestadas no formulário de avaliação socioeconômica, quando constatada, a qualquer tempo, implicará no cancelamento da bolsa de estudos por ventura concedida. Afirmando e estou ciente dos critérios do Processo de Bolsa de estudo ano 2019 e que a concessão da gratuidade é de acordo com a disponibilidade orçamentária do Colégio São Francisco de Assis. Autorizo que seja realizado a qualquer tempo visita domiciliar pelo Colégio São Francisco de Assis- Palmas/TO e me disponibilizo a prestar esclarecimento adicional.

Palmas/TO, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019.

Assinatura do Responsável Legal

Parecer Social:

---



---




---



---

✂

PARA USO DO CENTRO EDUCACIONAL SÃO FRANCISCO DE ASSIS

|  |  |                             |
|--|--|-----------------------------|
|  | Recebemos nesta data o FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO SÓCIOECONÔMICA E A DOCUMENTAÇÃO COMPROBATÓRIA, requisitos essenciais para realização da análise socioeconômica do responsável legal, Sr./Sra.:<br>_____ | Protocolo n.º _____         |
|  |  | Período Letivo: <b>2019</b> |
| Palmas-TO  | Data: ____ / ____ /2019.   | Ass.: Func.:                |

