

Cadastro de Avaliação Socioeconômico

PROCESSO Nº:

CENTRO EDUCACIONAL SÃO FRANCISCO DE ASSIS
PALMAS / TO

REF. AO PERÍODO
LETIVO: 2020

DATA DA ENTREGA DO FORMULÁRIO:		RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO (COLABORADOR DA INSTITUIÇÃO)	
--------------------------------	--	---	--

ORIENTAÇÕES:

- O preenchimento deste cadastro 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 2020.
- 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

Nome Completo do Aluno:		Nº RG:		Data de Nascimento	
Sexo: () Feminino () Masculino	Pessoa com Deficiência: () Não () Sim Qual:	O aluno reside: () no bairro onde o Colégio está localizado () fora do bairro onde o Colégio está localizado () 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

Pedido de Concessão de Bolsa de Estudo para 2020	Série cursada em 2019	Para qual série irá concorrer à Bolsa de Estudo 2020?	Para qual turno irá concorrer à Bolsa de Estudo?	Qual percentual de bolsa de estudo concorrerá?
			() Matutino () Vespertino	() 50% () 100%

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

INFORMAÇÕES DA MÃE: CONTRATANTE¹: () 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 _____

¹ 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

O grupo família está inscrito no CadÚnico? () Não () Sim

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	() Alugada – Valor/Mês R\$ _____
() Financiada R\$ _____	() Condomínio – Valor/Mês R\$ _____
() Cedido por: _____	() Compartilhado com outra família _____
Tipo de Imóvel: () Palafita () Casa de Alvenaria () Casa de madeira	O grupo familiar reside em imóvel: () Precário () Básico () Médio Padrão () Alto Padrão
Local de moradia: () Centro () Plano diretor norte () Plano diretor sul () Periferia () outra cidade, qual? _____	

7. VEÍCULOS

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

8. PESSOAS DO GRUPO FAMILIAR ESTUDANDO EM OUTRAS ESCOLAS/FACULDADES PARTICULARES

Nome	Escola	Valor da Parcela (em R\$)
TOTAL		

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\$)
TOTAL		

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\$)
TOTAL		

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\$)
TOTAL		

12. DESPESAS MENSAIS 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	
SUB-TOTAL		SUB-TOTAL	
		SOMA TOTAL	


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 cadastro 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 2020 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 2020.

 Assinatura do Responsável Legal



PARA USO DO CENTRO EDUCACIONAL SÃO FRANCISCO DE ASSIS

	Recebemos nesta data o CADASTRO DE AVALIAÇÃO SÓCIOECONÔMICA E A DOCUMENTAÇÃO COMPROBATÓRIA, requisitos essenciais para realização da análise socioeconômica do responsável legal, Sr./Sra.: _____	Protocolo n.º
		Período Letivo: 2020
Palmas - TO	Data: / /2020.	Ass.: Func.: