



**FICHA SOCIOECONÔMICA – SOLICITAÇÃO DE BOLSA  
EDUCAÇÃO SUPERIOR**

Processo: ( X ) Renovação  
( ) Novatos

Unidade: **FACULDADE CENECISTA DE BENTO GONÇALVES** CNPJ: 33.621.384 [ ]- \_\_\_\_\_  
Número do Processo de Concessão de Bolsa de Estudo (Preenchido pela Unidade): \_\_\_\_\_  
Ano/Semestre: 201 / \_\_\_\_° Curso/Período que irá matricular: \_\_\_\_\_  
Módulo da Educação: ( X ) Presencial ( ) Distância  
Bolsa: ( ) CNEC: \_\_\_\_% ( ) ProUni: \_\_\_\_%

**1. Identificação do(a) Candidato(a)**

Nome Completo: \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Complemento: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_  
Estado/UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ Telefones: Residencial: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ Emissor: \_\_\_\_\_ CTPS: \_\_\_\_\_  
Estado Civil: ( ) Solteiro(a) ( ) Casado(a) ( ) Divorciado(a) ( ) União Estável ( ) Viúvo  
Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino  
Autodeclaração de cor/raça: ( ) Negra ( ) Parda ( ) Branca ( ) Indígena ( ) Amarela

Moradia do(a) Candidato(a) (Marque com um X)	Em área urbanizada	Em área de vulnerabilidade e risco	Em área rural
	<input type="checkbox"/> Moradia própria <input type="checkbox"/> Financiamento comum <input type="checkbox"/> Financiamento moradia popular <input type="checkbox"/> Moradia Alugada <input type="checkbox"/> Moradia Cedida <input type="checkbox"/> Cômodo Cedido <input type="checkbox"/> Moradia cedida governamental	<input type="checkbox"/> Moradia própria <input type="checkbox"/> Moradia Alugada <input type="checkbox"/> Moradia Cedida <input type="checkbox"/> Cômodo Cedido	<input type="checkbox"/> Moradia própria <input type="checkbox"/> Moradia Alugada <input type="checkbox"/> Moradia Cedida <input type="checkbox"/> Cômodo Cedido

**O(a) Candidato(a) estudou o Ensino Médio em:**

( ) Escola Pública ( ) Escola Privada com bolsa integral ( ) Escola Privada ( ) Parte Escola Pública Parte Escola Privada

**O(a) Candidato(a) possui Financiamento Estudantil (FIES)?**

( ) Não ( ) Sim – Percentual: \_\_\_\_%

**O(a) Candidato(a) é professor efetivo da Rede Pública de Ensino e pretende vaga em cursos de formação para magistério?**

( ) Não ( ) Sim – Qual Curso/Titulação: \_\_\_\_\_

**O(a) Candidato(a) possui formação superior?**

( ) Não ( ) Sim – Qual Curso/Titulação: \_\_\_\_\_

**O(a) Candidato(a) tem vínculo acadêmico em outra Instituição?**

( ) Não ( ) Sim – Qual Instituição: \_\_\_\_\_

**A empresa do(a) candidato(a) fornece algum tipo de auxílio para fins de bolsa de estudo?**

( ) Não ( ) Sim

**O(a) candidato(a) irá assinar o Contrato de Prestação de Serviço da CNEC?**

( ) Não ( ) Sim

**2. Cônjuge do(a) Candidato(a)**

Nome Completo: \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Complemento: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_  
Estado/UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ Emissor: \_\_\_\_\_ CTPS: \_\_\_\_\_  
Autodeclaração de cor/raça: ( ) Negra ( ) Parda ( ) Branca ( ) Indígena ( ) Amarela  
Responsável em assinar o Contrato de Prestação de Serviço da CNEC? ( ) Sim ( ) Não





### 3. Filiação – Mãe

Nome Completo: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
Complemento: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_  
Estado/UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ Emissor: \_\_\_\_\_  
Responsável em assinar o Contrato de Prestação de Serviço da CNEC? ( ) Sim ( ) Não

### 4. Filiação – Pai

Nome Completo: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
Complemento: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_  
Estado/UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ Emissor: \_\_\_\_\_  
Responsável em assinar o Contrato de Prestação de Serviço da CNEC? ( ) Sim ( ) Não

### 5. Representante legal (na falta dos pais) OBS. Preencher somente em caso de guarda judicial, tutela, ou comprovante de órgãos afins)

Nome Completo: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
Complemento: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_  
Estado/UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ Emissor: \_\_\_\_\_  
Responsável em assinar o Contrato de Prestação de Serviço da CNEC? ( ) Sim ( ) Não

### 6. Bens do Grupo Familiar (Imóveis, Automóveis e outros)

Nº	Descrição dos Bens	Valor dos Bens	Valor da parcela do financiamento (se for o caso)
01			
02			
03			
04			
05			
06			

### 7. Outros tipos de renda

Nº	Descrição	Valor R\$	Parentesco	A ser preenchido - BEN	CNEC
01	Recebe aluguel de imóveis ou outros?				
02	Recebe ajuda de terceiros?				
03	Outros:				

### 8. Membros da família que recebem benefícios

Nº	Descrição	Valor R\$	Parentesco	A ser preenchido - BEN	CNEC
01	Benefício de Prestação Continuada – BPC				
02	Pensão Alimentícia				
03	Pensão				
04	Aposentadoria				
05	Auxílio Doença				
06	Bolsa Família/PET/ProJovem e outros benefícios do Governo Federal				
07	Benefício de Assistência Social (Municipal/Estadual)				





9. Membros da família que estudam				
Nº	Nome Completo	Instituição	Valor da Mensalidade R\$	Período/Semestre/Turno/Série
01				
02				
03				
04				
05				
06				

**10. Outro membro do grupo familiar está concorrendo à bolsa de estudo na Unidade Educacional CNEC?**

( ) Não ( ) Sim: 1. \_\_\_\_\_ Período/Série: \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_ Período/Série: \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_ Período/Série: \_\_\_\_\_

**11. Grupo Familiar** (Informar todos os membros do grupo familiar, inclusive o(a) candidato(a))

Nº	Nome Completo	Parentesco	Data de Nascimento	Profissão	Idade	Renda Valor R\$	A ser preenchido- BEN	CNEC
1		Candidato(a)	/ /					
2			/ /					
3			/ /					
4			/ /					
5			/ /					
6			/ /					
7			/ /					
8			/ /					
9			/ /					
10			/ /					
11			/ /					
12			/ /					

**VALOR DA RENDA FAMILIAR MENSAL BRUTA**

**VALOR DA RENDA PER CAPITA MENSAL**

**12. Pessoas com Deficiência e Doença Crônica**

O(a) Candidato(a) possui deficiência? ( ) Não ( ) Sim Em caso afirmativo, está apto a exercer atividade laboral/trabalho? ( ) Não ( ) Sim

Assinale em caso positivo: ( ) Deficiência Física ( ) Deficiência Mental ( ) Deficiência Auditiva ( ) Deficiência Visual ( ) Deficiência Múltipla

Alguns dos membros do grupo familiar possuem doença crônica ou deficiência? (Somente as que impossibilitem para o trabalho ou que o tratamento gere custos não cobertos pelo SUS) ( ) Não ( ) Sim: Qual Doença/Deficiência? \_\_\_\_\_

Custo Mensal: R\$ \_\_\_\_\_

**13. Tem gastos com transporte?** (somente gastos com Vans e Vale transporte) ( ) Não ( ) Sim – Custo Mensal: R\$ \_\_\_\_\_

**14. Motivos pelos quais solicita a bolsa**

( ) Financeiros  
( ) Qualidade do Ensino  
( ) Localização da Unidade  
( ) Perfil Socioeconômico conforme o Edital  
( ) Todos os tópicos acima  
( ) Outro: \_\_\_\_\_



## Campanha Nacional de Escolas da Comunidade

www.cnecc.org.br

<b>Observações do responsável:</b>

Declaro sob as penas da lei, que li o edital do Processo Seletivo para Concessão/Renovação de Bolsas de Estudo da CNEC que concordo e estou ciente das informações prestadas nesta ficha de inscrição, bem como é de minha inteira responsabilidade o acompanhamento dos prazos e procedimentos.

Por ser verdade firmo o presente.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/201\_\_\_\_  
Local e Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Responsável

