



CAMPANHA NACIONAL DE ESCOLAS DA COMUNIDADE

FICHA SOCIOECONÔMICA

EDUCAÇÃO SUPERIOR

SOLICITAÇÃO DE BOLSA

1. DADOS PRELIMINARES														
UNIDADE		FACULDADE CENECISTA DE BENTO GONÇALVES						CNPJ: 33.621.384		2020 - 99				
NÚMERO DO PROCESSO DE CONCESSÃO DE BOLSA DE ESTUDO (PREENCHIDO PELA UNIDADE)														
PERÍODO/ANO/SERIE						CURSO/TURMA								
2. IDENTIFICAÇÃO DO ALUNO														
NOME COMPLETO														
LOGRADOURO/END						Nº		COMPLEMENTO						
BAIRRO						MUNICÍPIO								
ESTADO/UF		CEP				TELEFONE								
DATA DE NASCIMENTO		DIA	MÊS	ANO	//////	//////	SEXO (MARQUE COM A LETRA X)							
								MASCULINO			FEMININO			
AUTODECLARAÇÃO DE COR/RAÇA		NEGRA		PARDA		BRANCA		INDÍGENA		OUTROS				
ESTADO CIVIL (MARQUE COM A LETRA X)		SOLTEIRO (A)		CASADO (A)		DIVORCIADO (A)		UNIÃO ESTÁVEL		OUTROS				
DOCUMENTOS		CPF		IDENTIDADE (RG)		ÓRGÃO		CARTEIRA TRABALHO						
2.1. MORADIA DO ALUNO (MARQUE COM A LETRA X)		EM ÁREA DE VULNERABILIDADE E RISCO				EM ÁREA URBANIZADA				EM ÁREA RURAL				
		PRÓPRIA				PRÓPRIA				PRÓPRIA				
		ALUGADA				FINANCIAMENTO COMUM				ALUGADA				
		CEDIDA				FINANCIAMENTO POPULAR				CEDIDA				
						ALUGADA								
		CÔMODO CEDIDO				CEDIDA				CÔMODO CEDIDO				
						CÔMODO CEDIDO								
CEDIDA GOVERNAMENTAL														
2.1.1. CÔNJUGE														
NOME COMPLETO														
LOGRADOURO/END						Nº		COMPLEMENTO						
BAIRRO						MUNICÍPIO								
ESTADO/UF		CEP				TELEFONE								
DATA DE NASCIMENTO		DIA	MÊS	ANO	/	/	ESTADO CIVIL							
							SOLTEIRO (A)		CASADO (A)		DIVORCIADO (A)		UNIÃO ESTÁVEL	
DOCUMENTOS		CPF		IDENTIDADE (RG)		ÓRGÃO EMISSOR		CARTEIRA DE TRABALHO						
2.2. POSSUI BOLSA DE ESTUDO?														
MARQUE COM A LETRA X.			NÃO		SIM	TIPO: _____								
						VALOR OU PERCENTUAL R\$ _____ ou _____ %								

2.3. POSSUI ALGUM FINANCIAMENTO ESTUDANTIL?									
MARQUE COM A LETRA X.		NÃO		SIM	TIPO: _____				
					VALOR OU PERCENTUAL R\$ _____ ou _____ %				

3. FILIAÇÃO – PAI										
NOME COMPLETO										
LOGRADOURO/END					Nº		COMPLEMENTO			
BAIRRO					MUNICÍPIO					
ESTADO/UF			CEP		TELEFONE					
DATA DE NASCIMENTO	DIA		MÊS		ANO	/	ESTADO CIVIL			
					/		SOLTEIRO	CASADO	DIVORCIADO	UNIÃO ESTÁVEL
DOCUMENTOS	CPF				IDENTIDADE (RG)		ÓRGÃO EMISSOR		CARTEIRA DE TRABALHO	

4. FILIAÇÃO – MÃE										
NOME COMPLETO										
LOGRADOURO/END					Nº		COMPLEMENTO			
BAIRRO					MUNICÍPIO					
ESTADO/UF			CEP		TELEFONE					
DATA DE NASCIMENTO	DIA		MÊS		ANO	/	ESTADO CIVIL			
					/		SOLTEIRO (A)	CASADO (A)	DIVORCIADO (A)	UNIÃO ESTÁVEL
DOCUMENTOS	CPF				IDENTIDADE (RG)		ÓRGÃO EMISSOR		CARTEIRA DE TRABALHO	

5. REPRESENTANTE LEGAL NA FALTA DOS PAIS											
(OBS: PREENCHER, SOMENTE EM CASO DE GUARDA JUDICIAL, TUTELA, OU COMPROVANTE DE ORGÃOS AFINS)											
NOME COMPLETO											
LOGRADOURO/END					Nº		COMPLEMENTO				
BAIRRO					MUNICÍPIO						
ESTADO/UF			CEP		TELEFONE						
DATA DE NASCIMENTO	DIA		MÊS		ANO	/	ESTADO CIVIL				
					/		SOLTEIRO (A)	CASADO (A)	DIVORCIADO (A)	UNIÃO ESTÁVEL	OUTROS
DOCUMENTOS	CPF				IDENTIDADE (RG)		ÓRGÃO EMISSOR		CARTEIRA DE TRABALHO		
5.1. MORADIA DO RESPONSÁVEL LEGAL (MARQUE COM A LETRA X)	EM ÁREA DE VULNERABILIDADE E RISCO				EM ÁREA URBANIZADA			EM ÁREA RURAL			
	PRÓPRIA					PRÓPRIA				PRÓPRIA	
	ALUGADA					FINANCIAMENTO COMUM				ALUGADA	
	CEDIDA					FINANCIAMENTO POPULAR				CEDIDA	
						ALUGADA					
						CEDIDA					
	CÔMODO CEDIDO					CEDIDO				CÔMODO CEDIDO	
					CEDIDA GOVERNAMENTAL						

6. BENS DO GRUPO FAMILIAR	
DESCRIÇÃO	VALOR R\$

7. MEMBROS DA FAMÍLIA QUE RECEBEM BENEFÍCIO(S)		PARENTESCO
BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA – BPC	R\$	
PENSÃO ALIMENTÍCIA	R\$	
PENSÃO	R\$	
APOSENTADORIA	R\$	
AUXÍLIO DOENÇA	R\$	
BOLSA FAMÍLIA/PET/PROJOVEM E OUTROS BENEFÍCIOS DO GOVERNO FEDERAL	R\$	
BENEFÍCIOS DE ASSISTÊNCIA SOCIAL (MUNICIPAL/ESTADUAL)	R\$	

8. OUTROS MEMBROS DA FAMÍLIA QUE ESTUDAM		
NOME COMPLETO	INSTITUIÇÃO	MENSALIDADE

9. GRUPO FAMILIAR					
NOME	GRAU DE PARENTESCO	NASCIMENTO DD/MM/AAAA	GRAU DE ESCOLARIDADE	PROFISSÃO FUNÇÃO	RENDA BRUTA
TOTAL DA RENDA BRUTA FAMILIAR		R\$			

10. O CANDIDATO POSSUI DEFICIÊNCIA?		SIM	NÃO
DEFICIÊNCIA FÍSICA	DEFICIÊNCIA MENTAL	DEFICIÊNCIA VISUAL	DEFICIÊNCIA AUDITIVA
DEFICIÊNCIA MULTIPLA			
EM CASO AFIRMATIVO, ESTÁ APTO A EXERCER ATIVIDADE LABORAL/ TRABALHO?			
SIM	NÃO		

11. OUTRO(S) MEMBRO(S) DO GRUPO FAMILIAR POSSUI (EM) DEFICIÊNCIA?		SIM	NÃO
DEFICIÊNCIA FÍSICA	DEFICIÊNCIA MENTAL	DEFICIÊNCIA VISUAL	DEFICIÊNCIA AUDITIVA
DEFICIÊNCIA MULTIPLA			
EM CASO AFIRMATIVO, ESTÁ APTO A EXERCER ATIVIDADE LABORAL/ TRABALHO?			
SIM	NÃO		

12. O CANDIDATO POSSUI DOENÇA CRONICA?	
SIM	NÃO
QUAL A DOENÇA?	
CUSTO MENSAL	R\$

