

**FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO SOCIOECONÔMICA**

PROCESSO Nº:

CENTRO EDUCACIONAL SÃO FRANCISCO DE ASSIS  
PALMAS / TO

REF. AO PERÍODO  
LETIVO: 2018

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 2018.
- 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> ( ) Feminino ( ) Masculino	<b>Portador de Deficiência:</b> ( ) Não ( ) Sim Qual:	<b>O aluno reside:</b> ( ) 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**

Nº de Matrícula:	Série Escolar em 2017	Bolsa de Estudo Recebida pelo CESFA em 2017, em %	Série a cursar ou cursando em 2018	Pedido de Concessão de Bolsa de Estudo	Para uso do CESFA	
					Código do Aluno	Percentual de Gratuidade de Bolsa de Estudo Concedida em 2018
				(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 ( ) Financiada R\$ _____ Cedido por: _____	( ) Alugada – Valor/Mês R\$ _____ ( ) Condomínio – Valor/Mês R\$ _____ ( ) Compartilhado com outra família _____
<b>Tipo de Imóvel:</b> ( ) Favela ou Cortiço ou Palafita ( ) Casa de Alvenaria	<b>O grupo familiar reside em imóvel:</b> ( ) 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>		



