



COLÉGIO SANTA ROSA DE LIMA

CNPJ Nº 33.707.746/0001-99

Rua 106, nº 50, quadra B-9, Setor Oeste, Goiânia/GO - CEP 77.120.115

Tel. (062) 3215 5510

FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO SOCIOECONÔMICA

PROCESSO Nº:	SÉRIE/ANO EM 2023:	ETAPA EM 2024

1 - DADOS DO(A) ALUNO(A)

Nome: _____

Data Nascimento: ____/____/____ Idade: ____ Sexo: ____ Cor/Raça: _____

Nacionalidade _____ Naturalidade: _____ UF: _____

RG: _____ Data RG: ____/____/____ Emissor: _____ UF: _____

CPF: _____ NIS: _____

Matrícula Cert. de Nascimento: _____ Data Certidão: ____/____/____

Filiação 1: _____

Filiação 2: _____

Aluno desta Escola: () Sim Não() Desde que ano: _____

Foi bolsista nos anos anteriores? () Sim Não() Possui irmãos no Colégio? () Sim Não()

Nome do(a) irmão(ã): _____ Série: _____

Nome do(a) irmão(ã): _____ Série: _____

Nome do(a) irmão(ã): _____ Série: _____

2 - DADOS DO RESPONSÁVEL (REQUERENTE)

Nome: _____ Parentesco: _____

Data Nascimento: ____/____/____ Sexo: ____ Cor/Raça: _____ Estado Civil: _____

Nacionalidade: _____ Naturalidade: _____ UF: _____ RG: _____

Data de Expedição: ____/____/____ Emissor: _____ UF: _____

CPF: _____ NIS: _____

End. Res.: _____ nº: ____ Complemento: _____

Bairro: _____ CEP: _____ Cidade: _____ Estado: _____

Tel. Celular: _____ Tel. Com.: _____ Tel. Recados: _____

E-mail: _____

Caso não seja mãe ou pai, possui a guarda da criança? _____



COLÉGIO SANTA ROSA DE LIMA

CNPJ Nº 33.707.746/0001-99

Rua 106, nº 50, quadra B-9, Setor Oeste, Goiânia/GO - CEP 77.120.115

Tel. (062) 3215 5510

3- COMPOSIÇÃO / RENDA FAMILIAR:

NOME COMPLETO	IDADE	ESTADO CIVIL	GRAU DE PARENTESCO	ESCOLARIDADE	SITUAÇÃO OCUPACIONAL	RENDA BRUTA
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						

PARA USO DO SERVIÇO SOCIAL:

NÚMERO DE MEMBROS DA FAMÍLIA	RENDA FAMILIAR BRUTA	RENDA PER CAPITA
	R\$	R\$

Pais residem juntos? () Sim () Não:

Situação: () Separados () Outros? _____

Recebe pensão alimentícia? () Não () Sim Valor: _____

Paga pensão alimentícia? () Não () Sim Valor: _____

Alguém recebe benefício de Programas de Transferência de Renda ou Auxílio Emergencial/ Ass. Social: ()

Não () Sim Qual: _____ Valor R\$: _____

4- CONDIÇÕES DE SAÚDE:

Alguém do grupo familiar possui problemas de saúde graves e/ou algum tipo de deficiência? Em caso afirmativo, favor especificar tipo de doença, CID – Código Internacional de doenças e medicamentos contínuos utilizados:

NOME	TIPO DE DOENÇA	MEDICAMENTOS

Há algum integrante do grupo familiar que utiliza substâncias psicoativas:

() Não () Sim Quem e qual? _____



COLÉGIO SANTA ROSA DE LIMA

CNPJ Nº 33.707.746/0001-99

Rua 106, nº 50, quadra B-9, Setor Oeste, Goiânia/GO - CEP 77.120.115

Tel. (062) 3215 5510

5- CONDIÇÕES DE MORADIA:

() Casa () Casa/Fundos () Apartamento () Sobrado () Pensão/Moradia Coletiva

() Alugado () Próprio Financiado () Próprio Quitado () Cedido Por quem? _____

6-BENS:

() Imóveis. Quais? _____

Estes bens geram renda? () Não () Sim. Valor mensal: _____

() Veículos. Quais? _____

Estes bens geram renda? () Não () Sim. Valor mensal: _____

Transporte utilizado pelo candidato:

() Ônibus () Van () Carro () Moto () Carona () Bicicleta () Sem condução

7-DESPESAS:

Aluguel R\$	Mensalidade Ortodôntica R\$:
Condomínio R\$	Gás R\$:
Água R\$	Prestações eletrodomésticos R\$:
Energia R\$	Prestações vestuário R\$:
Alimentação R\$	Empregada Mensalista R\$:
Plano de Saúde R\$	Empréstimos/Financiamentos R\$:
Medicamentos R\$	Financiamento Imóvel R\$:
Transporte R\$	Financiamento automóvel R\$:
Mensalidade Escolar R\$	INSS R\$:
Cursos (Inglês, outros) R\$:	Imposto de renda R\$:
Telefone celular: R\$	Mensalidade Clube / Academia R\$:
Telefone fixo: R\$	IPTU R\$:
Internet R\$:	Seguros R\$:
TV por assinatura R\$:	Pagamento de Pensão R\$:
Fatura de crédito R\$	Outros R\$:
TOTAL DAS DESPESAS FAMILIARES R\$	



COLÉGIO SANTA ROSA DE LIMA

CNPJ Nº 33.707.746/0001-99

Rua 106, nº 50, quadra B-9, Setor Oeste, Goiânia/GO - CEP 77.120.115

Tel. (062) 3215 5510

8-JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO DE BOLSA DE ESTUDO/BENEFÍCIO:

Declaro, sujeito às penalidades previstas no artigo 299 do Decreto-Lei nº 2.848 (Código Penal), serem verdadeiros os dados prestados neste formulário e os documentos que foram anexados, sendo assim assumo total e irrestrita responsabilidade por eles. Estou ciente de que a omissão de informações ou a apresentação de dados ou documentos falsos e/ou divergentes implicam no cancelamento do benefício.

Estou ciente de que a entrega da documentação e o preenchimento desta ficha socioeconômica não garantirá a concessão de bolsa de estudo ou benefícios. Declaro ter ciência e concordar, expressamente, que todos os meus dados pessoais e dados sensíveis, os do aluno e os de terceiros, componentes do grupo familiar declarado, fornecidos durante o processo seletivo de bolsa de estudo, são requisitos essenciais e de uso exclusivo para a participação no Programa de Bolsa de Estudo para o ano letivo de 2022, e são exigidos para a correta análise do perfil socioeconômico e dos critérios estabelecidos na legislação vigente.

Autorizo expressamente à assistente social e representante do CSRL Colégio Santa Rosa de Lima a coleta, armazenamento, processamento e tratamento dos dados pessoais e dados sensíveis declarados e informados, nos termos da Lei 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais) e com confidencialidade, limitando o compartilhamento de dados exclusivamente nos casos em que o CSRL Colégio Santa Rosa de Lima e/ou a assistente social necessitar para o cumprimento das determinações legais, de órgãos oficiais ou que impliquem na manutenção da segurança do aluno e/ou de seu grupo familiar, na forma da legislação vigente.

Goiânia-Goiás, _____ de _____ de 202__.

Assinatura do Requerente

PROTOCOLO DE RECEBIMENTO

Processo _____/2024

Aluno(a) Beneficiário: _____

Documentação entregue, conforme **Regulamento para Concessão de Bolsa de Estudo** para 2024.

Local e Data: _____

Recebido por: _____

CARIMBO DA UNIDADE DE ENSINO