



# 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\$:
<b>TOTAL DAS DESPESAS FAMILIARES R\$</b>	



## 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**