REDE MURIALDO DE EDUCAÇÃO
EDUCAÇÃO BÁSICA | ENSINO SUPERIOR

ANEXO I

FORMULÁRIO DE ANÁLISE DO PERFIL SOCIOECONÔMICO PARA SOLICITAÇÃO DE BOLSA DE ESTUDO/GRATUIDADE 2021	PROTOCOLO Nº

IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO			
Nome:			
Data Nasc:	Sexo: [ ] Masculino [ ] Feminino	Tel. [ ]	
Endereço: Rua:			
Bairro:	**Cidade**:	**CEP**:	**Estado**:
Ensino Pretendido: [ ] Infantil [ ] Fundamental [ ] Médio | Série/Ano pretendido:			
Escola de origem: Particular:	Pública:		
Possui Bolsa: [ ]50% [ ]100%			
Meio de Transporte para o Colégio: [ ] Familiar [ ] Transp. Urbano [ ] Transp. Escolar [ ] Outro			

RESPONSÁVEL FINANCEIRO		
Nome:	Parentesco:	
Profissão:	Empregado: [ ] Sim | Local de Trabalho:	[ ] Não
Tel.Resid: [ ]	Tel.Celular: [ ]	Tel.Recado: [ ]
E-mail:	Vínculo com candidato: [ ] Pai [ ] Mãe [ ] Outro:	
Tempo do último emprego?		
Estado Civil :	Nº de Dependentes:	
Cônjuge (Nome):	Profissão:	
Local de Trabalho:	Fone: [ ]	

INSCRIÇÃO NO CADASTRO ÚNICO PARA PROGRAMAS SOCIAIS DO GOVERNO FEDERAL – CadÚnico	
Possui ( ) Não Possui ( ) Renda per capita R$ _____ Qual Programa? _____	
Nº NIS:	Nº SUS:

COMPOSIÇÃO FAMILIAR (Listar todos os componentes que residem com o candidato, inclusive o candidato):						
Nome	Parentesco	Idade	Est.Civil	Escolaridade	Profissão	Salário Bruto R$
					Total da Renda Familiar R$	

OUTRAS RENDAS	
Pensão alimentícia Judicial	R$
Rendas de Aluguel	R$
Seguro Desemprego	R$
Pensão por morte	R$
Aposentadoria	R$
Auxílio doença, auxílio reclusão, auxílio acidente e salário maternidade	R$
TOTAL DE OUTRAS RENDAS	R$

MORADIA	
[ ]Próprio. Quantos imóveis possui? [ ]Um [ ]Dois [ ]Três ou mais	[ ]Financiado. Qual o valor da prestação?R$ _____
[ ]Alugado. Qual o valor do aluguel? R$	[ ]Cedido.
Características do imóvel: [ ] Alvenaria [ ]Madeira [ ]Mista [ ] Outros	

DESPESAS MENSAIS BÁSICAS			
Água, Luz, Telefone fixo, internet	R$	IPTU	R$
Alimentação	R$	Plano de Saúde	R$
Pensão Alimentícia Judicial (a pagar)	R$	Transporte Escolar	R$
Condomínio	R$	Educação	R$
TOTAL DE DESPESAS MENSAIS:			R$

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES			
Há algum membro do grupo familiar que faz tratamento de doença crônica (**doenças pulmonares, renais, câncer, sanguíneas, AIDS, neurológicas(epilepsia), cardíacas, outras)** e faz uso contínuo de medicamentos? [ ]Não [ ]Sim	Nome: Tipo da doença:	Despesa Mensal R$	
Há algum membro do grupo familiar com deficiência **física, mental, sensorial (auditiva, visual), múltipla – (conforme Decreto 3.298/99)**? [ ]Não [ ]Sim	Nome: Tipo de deficiência:	Despesa Mensal R$	
Há algum membro do grupo familiar que possui terreno? [ ]Não [ ]Sim	[ ]Em perímetro urbano	Quantos?[ ]	Valor: R$
	[ ]Em perímetro rural	Quantos?[ ]	Valor: R$
	[ ]Em perímetro praia	Quantos?[ ]	Valor: R$
Possui Automóvel [ ]Não Sim[ ]	Especificar marca, modelo e ano**:**	Automóvel quitado? [ ]Sim [ ]Não	Valor da parcela R$
Motocicleta [ ]Não Sim[ ]	Especificar marca, modelo e ano**:**	Automóvel quitado? [ ]Sim [ ]Não	Valor da parcela R$
Caminhão[ ]Não Sim[ ]	Especificar marca, modelo e ano**:**	Automóvel quitado? [ ]Sim [ ]Não	Valor da parcela R$
Outros[ ]Não Sim[ ]	Especificar marca, modelo e ano**:**	Automóvel quitado? [ ]Sim [ ]Não	Valor da parcela R$
Algum membro do grupo familiar possui Pessoa Jurídica registrada? [ ]Não [ ]Sim	Nome:		
	CNPJ:		
	Valor estimado do patrimônio: R$		Nº Funcionários:
	Nome:		Valor da Parcela

Há algum membro do grupo familiar estudando em outra escola particular? [ ]Não [ ]Sim	Escola	R$
	Nome:	Valor da parcela R$
	Escola:	

Ao assinar o presente formulário, declaro que as informações prestadas são verdadeiras e de que estou ciente dos motivos de exclusão da concessão da bolsa de estudos. Estou ciente de que a documentação fornecida à Instituição não será devolvida, independente da Avaliação da solicitação de Bolsa de Estudo. Declaro sob as penas da lei (Art. 299 do Código Penal Brasileiro), que todas as informações acima prestadas são verdadeiras. Autorizo a apresentação da documentação fornecida aos órgãos públicos de fiscalização dispondo-me a receber a visitas domiciliar da Assistente social da instituição para averiguações das informações prestadas. Assumindo total responsabilidade sobre a veracidade das informações prestadas, as quais poderão ser investigadas ou confirmadas a qualquer tempo.

Caxias do Sul, dia ____ de _____ de 2020.

.....
Assinatura do responsável