

## Sociedade Educação e Caridade - SEC

Nome do estabelecimento: \_\_\_\_\_  
Local: \_\_\_\_\_

### FICHA SOCIOECONÔMICA - CONCESSÃO DE BOLSA DE ESTUDOS 2026

#### I. IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO

Nome do estudante: \_\_\_\_\_  
Nome Social: \_\_\_\_\_  
Série/Ano: \_\_\_\_\_ Curso: \_\_\_\_\_ Turma: \_\_\_\_\_ Turno: \_\_\_\_\_ Gênero: \_\_\_\_\_  
Data de nascimento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Cidade de Nascimento: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_  
Certidão Nascimento: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Endereço: \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_  
CEP: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_  
CadÚnico / Nº NIS: \_\_\_\_\_

#### II. IDENTIFICAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS

Nome: \_\_\_\_\_ Grau de parentesco: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_  
CEP: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_  
Estado civil: \_\_\_\_\_ CTPS: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_ Data de Nasc: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_  
Local de Trabalho: \_\_\_\_\_ Fone comercial: \_\_\_\_\_  
Remuneração Bruta: \_\_\_\_\_ Mês: \_\_\_\_\_ Outra Renda: \_\_\_\_\_  
Escolaridade: \_\_\_\_\_ CadÚnico / Nº NIS: \_\_\_\_\_  
  
Nome (conjugé): \_\_\_\_\_ Grau de parentesco: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_  
CEP: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_  
Estado civil: \_\_\_\_\_ CTPS: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_ Data de Nasc: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_  
Local de Trabalho: \_\_\_\_\_ Fone comercial: \_\_\_\_\_  
Remuneração Bruta: \_\_\_\_\_ Mês: \_\_\_\_\_ Outra Renda: \_\_\_\_\_  
Escolaridade: \_\_\_\_\_ CadÚnico / Nº NIS: \_\_\_\_\_  
Nome do Responsável Financeiro / Contratante junto à instituição: \_\_\_\_\_

#### III. OUTROS CONTRIBUINTES DA RENDA FAMILIAR

Nome: \_\_\_\_\_ Grau de parentesco: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_  
CEP: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_  
Estado civil: \_\_\_\_\_ CTPS: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_ Data de Nasc: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_  
Local de Trabalho: \_\_\_\_\_ Fone comercial: \_\_\_\_\_  
Remuneração Bruta: \_\_\_\_\_ Mês: \_\_\_\_\_ Outra Renda: \_\_\_\_\_  
Escolaridade: \_\_\_\_\_ CadÚnico / Nº NIS: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Grau de parentesco: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_  
CEP: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_  
Estado civil: \_\_\_\_\_ CTPS: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_ Data de Nasc: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_  
Local de Trabalho: \_\_\_\_\_ Fone comercial: \_\_\_\_\_  
Remuneração Bruta: \_\_\_\_\_ Mês: \_\_\_\_\_ Outra Renda: \_\_\_\_\_  
Escolaridade: \_\_\_\_\_ CadÚnico / Nº NIS: \_\_\_\_\_



**IV. OUTROS DEPENDENTES DA RENDA FAMILIAR**

Nome	Data de Nascimento	Reside em casa	Escolaridade
		( <input type="checkbox"/> ) Sim ( <input type="checkbox"/> ) Não	
		( <input type="checkbox"/> ) Sim ( <input type="checkbox"/> ) Não	
		( <input type="checkbox"/> ) Sim ( <input type="checkbox"/> ) Não	

**V. CASOS ESPECIAIS**

No grupo familiar há pessoa idosa (60+) ou com deficiência? Qual a deficiência e necessidades? \_\_\_\_\_

Necessita de medicação de uso contínuo? Qual? \_\_\_\_\_

Valor médio mensal gasto? \_\_\_\_\_

Com relação ao idoso: Informe se está aposentado, institucionalizado, se tem curatela? Necessita de cuidadores? \_\_\_\_\_

**VI. DADOS ECONÔMICOS**

Residência: (  ) Própria (  ) Alugada (  ) Outros: (qual)? \_\_\_\_\_

Valor do Aluguel / Prestação: R\$ \_\_\_\_\_ Quanto tempo mora no local: \_\_\_\_\_

Quantas pessoas residem no local: \_\_\_\_\_

Possui veículo? (  ) sim ou (  ) não, (marca/ano/modelo): \_\_\_\_\_

**RENDAS BRUTAS FAMILIAR: R\$ \_\_\_\_\_**

**NÚMERO DE DEPENDENTES DA RENDA FAMILIAR: \_\_\_\_\_**

**RENDAS PER CAPITA** (renda bruta **dividida** pelo número de pessoas do grupo familiar): R\$ \_\_\_\_\_

**POSSUI BOLSA DE ESTUDO?** (  ) SIM a partir do ano de \_\_\_\_\_ (  ) NÃO

**VII. OUTRAS INFORMAÇÕES QUE JULGAM NECESSÁRIAS:**

Declaro sob as penas da Lei (**Art. 299 do Código Penal Brasileiro**), que todas as informações acima prestadas são verdadeiras. Declaro conhecer o Regimento da Entidade e me comprometo a dar cumprimento ao mesmo. Autorizo a apresentação da documentação fornecida, aos órgãos públicos de fiscalização, dispondo-me a receber a visita domiciliar da Assistente Social da Instituição para averiguação das informações prestadas.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Assinatura do requerente: \_\_\_\_\_

**VIII. PARECER DO ESTABELECIMENTO:**

SITUAÇÃO: (  ) DEFERIDO (  ) INDEFERIDO

Valor percentual da Bolsa de Estudo concedida: \_\_\_\_\_ %

**PARECER FINAL DA COMISSÃO:** \_\_\_\_\_

Data e local \_\_\_\_\_, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**DIRETOR(A) DO ESTABELECIMENTO**

**REPRESENTANTE DOS PAIS**

**ASSISTENTE SOCIAL**

**Nº CRESS** \_\_\_\_\_

