

Sociedade Educação e Caridade – SEC  
Colégio Dom Feliciano  
Gravataí/RS

**FICHA SOCIOECONÔMICA - CONCESSÃO DE BOLSAS DE ESTUDO 2026-1**

**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: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
CEP: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ CadÚnico / Nº NIS: \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_

**II. IDENTIFICAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS**

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

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

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

Nome: \_\_\_\_\_ Grau de parentesco: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_  
CEP: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_  
Estado civil: \_\_\_\_\_ CTPS: \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_  
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
		( ) Sim ( ) Não	
		( ) Sim ( ) Não	
		( ) Sim ( ) Não	

**V. CASOS ESPECIAIS**

No grupo familiar há pessoa idosa (60+) ou com deficiência? \_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_ 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: \_\_\_\_\_

Recebe bolsa família? ( ) sim – Valor R\$ \_\_\_\_\_ ( ) não / Benefício do INSS ( ) sim – Valor R\$ \_\_\_\_\_ ( ) não

Recebe seguro desemprego? ( ) sim – Valor R\$ \_\_\_\_\_ ( ) não

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

**RENDA BRUTA FAMILIAR: R\$** \_\_\_\_\_

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

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

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

**POSSUI IRMÃOS OU MEMBROS DO GRUPO FAMILIAR MATRICULADOS COM BOLSA NO**
**COLÉGIO?** ( ) SIM - Nome do aluno: \_\_\_\_\_ Turma: \_\_\_\_\_ ( ) NÃO

\*\*Para candidatos novos:

**JÁ FOI ALUNO(A) DO COLÉGIO?** ( ) SIM ( ) 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.

\*\*Informamos que caso o(a) candidato(a) seja contemplado(a) com a bolsa de estudo seja integral ou parcial, as despesas com uniforme, material didático, transporte escolar e atividades extracurriculares ficam por conta do(a) candidato(a), ou seja, não estão inclusos na concessão da bolsa de estudo.

Lembrando que é obrigatório o uso do uniforme escolar e aquisição do material didático.

Local e data \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 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