



FORMULÁRIO SOCIOECONÔMICO PARA SOLICITAÇÃO DE BOLSA DE ESTUDO PRA VENCER

ALUNO _____ RA _____ SÉRIE ATUAL _____

DADOS DO RESPONSÁVEL PELO ALUNO

NOME _____

CPF _____ RG: _____ PARENTESCO _____

DATA NASCIMENTO ____/____/____ IDADE ____ COR/RAÇA _____ ESTADO CIVIL _____

E-MAIL _____

TELEFONES PARA CONTATO _____

ENDEREÇO _____

BAIRRO _____ CEP _____ CIDADE _____

COMPOSIÇÃO FAMILIAR (incluir todos os membros do grupo familiar que residam com o aluno)

NOME	IDADE	PARENTESCO	ESCOLARIDADE	PROFISSÃO/ OCUPAÇÃO	RENDA*(R\$) salário bruto

OUTRAS FONTES DE RENDA

VALOR RECEBIDO DE PENSÃO ALIMENTÍCIA () JUDICIAL () INFORMAL	R\$
VALOR RECEBIDO DE IMÓVEL () ALUGADO () ARRENDADO	R\$
VALOR RECEBIDO DE AJUDA FINANCEIRA FAMILIAR	R\$
OUTROS – ESPECIFICAR:	R\$

FAMÍLIA INSCRITA NO CADASTRO ÚNICO? () SIM () NÃO	
RECEBE BENEFÍCIO DE TRANSFERÊNCIA DE RENDA DE PROGRAMA DO GOVERNO FEDERAL? () SIM () NÃO	
QUAL:	R\$

QUADRO DE SAÚDE DOS MEMBROS DA FAMÍLIA

NOME:
DIAGNÓSTICO:
REALIZA TRATAMENTO MÉDICO () SIM () NÃO - ONDE?
CONVÊNIO MÉDICO () SUS () EMPRESA () PARTICULAR R\$ _____
MEDICAMENTO DE USO CONTÍNUO?
FORMA DE ACESSO: () SUS () JUDICIALIZADO () COMPRA PARTICULAR () DOAÇÃO () OUTROS:



PESSOA COM DEFICIÊNCIA, TRANSTORNO DO NEURODESENVOLVIMENTO E/OU DIAGNÓSTICO DE SAÚDE MENTAL?

EXISTE, NA COMPOSIÇÃO FAMILIAR, PESSOA EM ALGUMA DAS SITUAÇÕES ABAIXO?

NOME:
 PESSOA COM DEFICIÊNCIA – ESPECIFICAR: _____
 PESSOA COM TRANSTORNO DO NEURODESENVOLVIMENTO (EX.: TEA, TDAH, TOD)
 PESSOA COM DIAGNÓSTICO DE SAÚDE MENTAL (EX.: DEPRESSÃO, ANSIEDADE, BIPOLARIDADE)
 NENHUMA DAS OPÇÕES ACIMA

***Apresentar Laudo e/ou Avaliações**

REALIZA TRATAMENTO/ACOMPANHAMENTO MÉDICO SIM NÃO / ONDE:
 CONVÊNIO MÉDICO: SUS EMPRESA PARTICULAR R\$ _____ OUTROS:
 MEDICAMENTO DE USO CONTÍNUO?

 FORMA DE ACESSO: SUS JUDICIALIZADO COMPRA PARTICULAR DOAÇÃO OUTROS:
 RECEBE BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA – BPC/LOAS SIM NÃO VALOR R\$ _____

BENS FAMILIARES

TIPO	QUANTIDADE	VALOR (R\$)	OBSERVAÇÃO
Casa			
Terreno			
Empresa			
Sítio/Chácara			
Aluguéis			
Salas/Escritórios			
Investimentos privados			
Outros			

*Investimento: Aplicações mensais em fundos, ações, previdência, poupança e/ou outros – especificar em "Observação"

IMÓVEL ONDE RESIDEM

PRÓPRIO FINANCIADO – R\$ _____ ALUGADO – R\$ _____
 CEDIDO – por: _____ OUTROS _____
 Número de cômodos total: _____ Número de dormitórios: _____ Número de banheiros: _____
 Quanto tempo reside no imóvel: _____ Área total do imóvel _____ Valor estimado R\$ _____

VEÍCULOS

TIPO	MODELO	ANO	VALOR R\$	FINANCIADO OU QUITADO?

***Tipo: Carro / Moto / Caminhão e/ou Outros – Especificar – Financiado: colocar R\$ e parcelas**

GASTOS MENSAIS

HABITAÇÃO/MORADIA		
ITEM	VALOR MENSAL (R\$)	OBSERVAÇÃO
Aluguel		
Financiamento de imóvel		
Condomínio		
IPTU (mensalizado)		
Energia elétrica		
Água e esgoto		
Gás		
Internet / Telefone fixo		
Despesas com manutenção da casa		
*Manutenção: pequenos reparos - jardinagem, piscineiro e/ou outros – especificar em "Observação"		
ALIMENTAÇÃO + HIGIENE E LIMPEZA		
ITEM	VALOR MENSAL (R\$)	OBSERVAÇÃO
Supermercado		
Hortifrúti / Padaria / Açougue		
Higiene pessoal		
Produtos de limpeza		
Alimentação fora de casa		
Lanche Escolar		
EDUCAÇÃO		
ITEM	VALOR MENSAL (R\$)	OBSERVAÇÃO
Mensalidade escolar/faculdade		
Material escolar		
Uniformes		
Transporte escolar		
Atividades extracurriculares/Cursos		
SAÚDE		
ITEM	VALOR MENSAL (R\$)	OBSERVAÇÃO
Plano de saúde		
Medicamentos		
Consultas médicas		
Terapias (psicólogo, fono, T.O, etc.)		
Tratamentos não cobertos por plano de saúde		
Exames laboratoriais frequentes		
Despesas com deficiência ou doenças crônicas		
*Despesas: cadeiras de rodas, fraldas geriátricas, alimentação especial e/ou outros – especificar em "Observação"		

