

1- IDENTIFICAÇÃO DO(A) ALUNO(A)

Nome do(a) aluno(a) completo (sem abreviações)			Idade
Endereço completo		Bairro	
Turno	Série	Classificação	☐ Novato ☐ Veterano
Nome completo do pai (sem abreviações)		Idade:	
		Telefone celular:	
		E-mail:	
RG	CPF	Reside com o(a) aluno(a)? () Sim () Não	
Ocupação:			
Nome completo da mãe (sem abreviações)		Idade:	
		Telefone celular:	
		E-mail:	
RG	CPF	Reside com o(a) aluno(a)? () Sim () Não	
Ocupação:			
Nome completo do(a) responsável financeiro (sem abreviações)		Idade:	
		Telefone celular:	
		E-mail:	
RG	CPF	Reside com o(a) aluno(a)? () Sim () Não	
Ocupação:			
Grau de parentesco:			

2 – DADOS DO GRUPO FAMILIAR

Renda Bruta Familiar (valor sem descontos de empréstimos ou INSS).	Quantidade de membros que residem na mesma residência contando com o (a) aluno (a):	Renda per capita (Dividir o valor da renda bruta familiar pela quantidade de membros).
Situação conjugal dos pais ☐ Casados ☐ Separados ☐ Viúvo ☐ Outros _____		
Residência ☐ Própria ☐ Cedida ☐ Alugada ☐ Financiada Valor _____		
Tem veículo? () Sim () Não Quantos? _____ Financiador? () Sim () Não Valor da prestação _____		
Modelo _____		Ano _____
Outro membro estuda em instituição particular? () Sim () Não		Valor da mensalidade R\$ _____
Qual Instituição? _____		
Algum membro é beneficiado pelo PROUNI ou Financiamento estudantil – FIES? ☐ Sim ☐ Não		
A família recebe benefício social? ☐ Sim ☐ Não ☐ Bolsa família ☐ BPC ☐ Outro Valor: _____		
A família é inscrita no CAD/ÚNICO? ☐ Sim ☐ Não Número do NIS: _____		
Reside alguma pessoa idosa? () Sim () Não		Aposentado(a)? () Sim () Não Valor da aposentadoria? _____
Reside alguma pessoa com deficiência? () Sim () Não		☐ Auditiva ☐ Visual ☐ Mental ☐ Física ☐ Múltipla ☐ Outros
Algum membro da família possui doença grave? () Sim () Não		Qual doença? _____

3 – INFORMAÇÕES SOBRE OS MEMBROS QUE RESIDEM COM O(A) ALUNO(A)

NOME	PARENTESCO	ESTADO CIVIL	DATA DE NASCIMENTO	IDADE	ESCOLARIDADE	ATIVIDADE	ISENTO DE IMPOSTO DE RENDA	RENDA MENSAL BRUTA
							() Sim () Não	
							() Sim () Não	
							() Sim () Não	
							() Sim () Não	
							() Sim () Não	
							() Sim () Não	
							() Sim () Não	
							() Sim () Não	
							() Sim () Não	
							() Sim () Não	
							() Sim () Não	
							() Sim () Não	
							() Sim () Não	
						SOMA DOS RENDIMENTOS		

4 - DESPESAS MENSAIS DA FAMÍLIA (VALOR MÉDIO - R\$)

Alimentação	Água	Luz	Transporte	Medicamento	Plano de saúde	Outras despesas
-------------	------	-----	------------	-------------	----------------	-----------------

- Os(as) candidatos(as) serão classificados na ordem crescente de renda per capita apresentada (perfil econômico) e perfil social do grupo familiar, levando em conta a qualidade de vida do grupo doméstico que faz parte, incluindo análise patrimonial.
- A bolsa de estudo poderá ser cancelada a qualquer tempo, em caso de constatação de falsidade da informação prestada pelo bolsista ou seu responsável, ou de inidoneidade de documento apresentado, sem prejuízo das demais sanções cíveis e penais cabíveis.

Declaro estar ciente de que a falsidade nas informações acima implicará nas penalidades cíveis e penais cabíveis, além da perda do benefício concedido, e obrigações de ressarcimento dos valores correspondentes à bolsa de estudos concedidas e impedimento de participar de futuras seleções.

Declaro que as informações apresentadas neste formulário são verdadeiras e de minha inteira responsabilidade, e permito caso necessário, a visita em minha residência pelo assistente social da Instituição.

Aracati/CE, ____ de ____ de 2026.

Assinatura do (a) responsável