

FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO SOCIOECONÔMICA

Processo nº.:	Etapa em 2021:	Série em 2021:

1 - DADOS DO(A) ALUNO(A)

Nome: _____

Data Nascimento: ____/____/____ Idade: ____ Sexo: ____ Cor/Raça: _____

Nacionalidade: _____ Naturalidade: _____ UF: _____

RG: _____ Data RG: ____/____/____ Emissor: _____ UF: _____

CPF: _____ NIS: _____

Matrícula Cert. de Nascimento: _____ Data Certidão: ____/____/____

Filiação 1: _____

Filiação 2: _____

Aluno desta Escola: () Sim Não() Desde que ano: _____

Foi bolsista nos anos anteriores? () Sim Não() Possui Irmãos no Colégio? () Sim Não()

Nome do(a) irmão(ã): _____ Série: _____

Nome do(a) irmão(ã): _____ Série: _____

Nome do(a) irmão(ã): _____ Série: _____

2 – DADOS DO RESPONSÁVEL (REQUERENTE)

Nome: _____ Parentesco: _____

Data Nascimento: ____/____/____ Sexo: ____ Cor/Raça: _____ Estado Civil: _____

Nacionalidade: _____ Naturalidade: _____ UF: _____

RG: _____ Data RG: ____/____/____ Emissor: _____ UF: _____

CPF: _____ NIS: _____

Endereço Residencial : _____ nº: ____ Complemento: _____

Bairro: _____ CEP: _____ Cidade: _____ Estado: _____

Telefone: _____ Celular: _____ Tel. Comercial: _____ Tel. Recados: _____

Caso não seja mãe ou pai, possui a guarda da criança? _____

3- COMPOSIÇÃO/ RENDA FAMILIAR:

Nome Completo	Idade	Estado civil	Grau de parentesco	Escolaridade	Situação ocupacional	Renda Bruta
1.						
2.						
3.						
4.						
4.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						
11.						
12.						

Para uso do Serviço Social:

Número de Membros da Família:	Renda Familiar Bruta:	Renda per capita:
	R\$	R\$

Pais residem juntos? () Sim () Não:

Situação: () Separados () Outros? _____

Recebe pensão alimentícia? () Não () Sim Valor: _____

Paga pensão alimentícia? () Não () Sim Valor: _____

Alguém recebe benefício de Programas de Transferência de Renda ou Auxílio Emergencial/ Assistência

Social: () Não () Sim Qual: _____ Valor R\$: _____

4-CONDIÇÕES DE SAÚDE:

Alguém do grupo familiar possui problemas de saúde graves e/ou algum tipo de deficiência?

Em caso afirmativo, favor especificar tipo de doença, CID – Código Internacional de doenças e medicamentos contínuos utilizados:

Nome	Tipo de doença	Medicamentos

Há algum integrante do grupo familiar que utiliza substâncias psicoativas:

() Não () Sim Quem? _____

Qual? _____

5- CONDIÇÕES DE MORADIA:

() Casa () Casa/Fundos () Apartamento () Sobrado () Pensão/Moradia Coletiva

() Alugado () Próprio financiado () Próprio quitado () Cedido

Se cedido, por quem? _____

6- BENS:

() Imóveis. Quais? _____
 Estes bens geram renda? () Não () Sim. Valor Mensal: _____
 () Veículos. Quais? _____
 Estes bens geram renda? () Não () Sim. Valor mensal: _____
 Transporte utilizado pelo candidato:
 () Ônibus urbano () Ônibus intermunicipal () van () carro () moto
 () carona () bicicleta () a pé

7- DESPESAS:

Aluguel R\$	Mensalidade Ortodôntica R\$:
Condomínio R\$	Gás R\$:
Água R\$	Prestações eletrodomésticos R\$:
Energia R\$	Prestação vestuário R\$:
Alimentação R\$	Empregada Mensalista R\$:
Plano de Saúde R\$	Empréstimos/Financiamentos R\$:
Medicamentos R\$	Financiamento Imóvel R\$:
Transporte R\$	Financiamento automóvel R\$:
Mensalidade Escolar R\$	INSS R\$:
Cursos (Inglês, outros) R\$:	Imposto de renda R\$:
Telefone celular: R\$	Mensalidade Clube / Academia R\$:
Telefone fixo: R\$	IPTU R\$:
Internet R\$:	Seguros R\$:
TV por assinatura R\$:	Pagamento de Pensão R\$:
Fatura de crédito R\$	Outros R\$:

TOTAL DAS DESPESAS FAMILIARES R\$



Educação Infantil
Ensino Fundamental
Ensino Médio
Pré-Vestibular
Ensino Técnico

Praça Dr. Tomaz Uihôa, 360
Abadia - Uberaba/MG
(34) 3331.9900



www.cnsd.com.br

Protocolo de recebimento

Processo _____/2021

Documentação entregue conforme Regulamento para concessão de bolsa de estudo/benefício para 2021.

Uberaba, ____ de _____ de 20 ____ .

Recebido por: _____

CARIMBO DA UNIDADE DE ENSINO