

**Província Brasileira da Congregação das Irmãs Filhas da Caridade de
São Vicente de Paulo – Província de Curitiba**

Entidade Filantrópica - CNAS 035.261/52 - CNPJ 76578137/0001-90
Avenida Manoel Ribas, 02, CEP: 80510-020 – Curitiba/PR Telefone: (41) 3221-7000
e-mail provincia@provinciacuritiba.com.br site: www.filhasdacaridade.com.br

**Entidade mantida: Colégio Vicentino Imaculado Coração de Maria - Incomar
CNPJ: 76.578.137/0029-90**

**FORMULÁRIO DE INFORMAÇÕES SOCIOECONÔMICAS
PROCESSO SELETIVO PARA CONCESSÃO DE BOLSA – ANO LETIVO 2025**

Todos os campos devem ser obrigatoriamente preenchidos, com penalidade de desclassificação automática do processo.

1 - INFORMAÇÕES DO(A) ESTUDANTE

Nome: _____

CPF: _____ Nascimento: ____/____/____

Sexo: Masculino () Feminino () Reside com: os pais () a mãe () o pai ()

Se outros, indique quem: _____ Fone(s): _____

Celular: _____

Já é aluno/a nesta Instituição Educacional Vicentina: SIM () NÃO () Ano/período _____ Turma _____

Escola de origem: _____ Pública () Privada ()

Tem irmã/irmão que estuda nesta Instituição Educacional Vicentina: SIM () NÃO () - Se sim, indique o nome e a turma _____

De acordo com a cor da pele, como você considera o/a estudante:

() Branco/a () Pardo/a () Negro/a () Amarelo/a (oriental) () Outra, qual? _____

2 - COMPOSIÇÃO FAMILIAR: (Membros que residem na mesma casa em que o/a estudante, iniciando por ele/ela).

Nome	Idade	Estado civil	Grau de parentesco	Escolaridade	Profissão	Renda
TOTAL DA RENDA						

3 - DADOS SÓCIOECONÔMICOS DA FAMÍLIA:

3.1. Filiação 1: _____

Escolaridade: _____ Data de nascimento: ___/___/___ naturalidade: _____

RG _____ CPF _____ e-mail: _____

Endereço Residencial: Rua _____ .nº _____ Bairro: _____

CEP: _____ Cidade: _____ Celular: _____ Profissão: _____

Trabalho: Autônomo () Com Vínculo/registrado () Desempregado ()

Local de Trabalho: _____ Remuneração Mensal: R\$ _____.

Se autônomo, declare a ocupação _____, MEI () ME () **ou outra modalidade de negócio próprio () qual?** _____ qual a renda? R\$ _____.

Outras Rendas: _____ Advinda de: () Aluguéis () Poupança () Ações () Pensão alimentícia () Pensão por morte, Outros: _____

3.2. Filiação 2: _____

Escolaridade: _____ Data de nascimento: ___/___/___ naturalidade: _____

RG _____ CPF _____ e-mail: _____

Endereço Residencial: **(NÃO PREENCHER ESTE CAMPO, CASO SEJA O MESMO ENDEREÇO DA FILIAÇÃO 1):**

Rua: _____ nº _____ Bairro: _____ CEP: _____

_____ Cidade: _____ Celular: _____ Profissão: _____

Trabalho: Autônomo () Com Vínculo/registrado () Desempregado ()

Local de Trabalho: _____ Remuneração Mensal: R\$ _____.

Se autônomo, declare a ocupação _____, MEI () ME () **ou outra modalidade de negócio próprio () qual?** _____ qual a renda? R\$ _____.

Outras Rendas: _____ Advinda de: () Aluguéis () Poupança () Ações () Pensão alimentícia () Pensão por morte, Outros: _____

4. - RESPONSÁVEL FINANCEIRO (quando o responsável for avó, avô, padrasto, madrasta, tio/a, outros)

NOME _____ **CPF:** _____

Grau de parentesco _____ Celular _____

email: _____ Profissão _____

Trabalho: Autônomo () Com Vínculo/registrado () Desempregado ()

Local de Trabalho: _____ Remuneração Mensal: R\$ _____.

Se autônomo, declare a ocupação _____, MEI () ME () **ou outra modalidade de negócio próprio () qual?** _____ qual a renda? R\$ _____.

Outras Rendas: _____ Advinda de: () Aluguéis () Poupança () Ações () Pensão alimentícia
() Pensão por morte, Outros: _____

5. QUANTO A MORADIA DO GRUPO FAMILIAR EM ANÁLISE:

Casa própria () Alugada () Cedida (emprestada) ()¹ Financiada ()

A quanto tempo residem no local: _____ Se alugada/financiada, custo mensal: _____

6. **POSSUI AUTOMÓVEL?** (Carro ou Moto) Sim () Não () Modelo: _____ Marca: _____
Ano: _____

Financiado: Sim () Não () Valor mensal: _____ nº de parcelas a vencer: _____

7. DESPESAS MENSAIS:

Água	R\$	Medicamento- uso contínuo	R\$	Aluguel	R\$
Luz	R\$	Empréstimo bancário	R\$	Financiamento casa	R\$
Telefone Fixo/Celular	R\$	Transporte / Combustível	R\$	Condomínio	R\$
Alimentação	R\$	Financiamento veículo	R\$	Plano de Saúde	R\$
Educação	R\$	Cartões de crédito	R\$	Outros (especificar)	R\$
Vestuário	R\$	Lazer/cultura	R\$	Viagens/passeios	R\$
SOMA DAS DESPESAS MENSAIS:			R\$		
RENDA PER CAPITA² Campo reservado para uso da Assistente Social ANEXO I – Planilha Cálculo Rendimento Familiar			R\$		

8. HÁ DESPESAS COM DOENÇAS que necessitam de tratamento contínuo?

Sim () Não ()

Se sim, indique quem é: _____

8.1 HÁ PESSOAS COM DEFICIÊNCIA DE ALGUM INTEGRANTE DA FAMÍLIA? Sim () Não ()

Se sim, indique quem é: _____ necessita de tratamento? Sim () Não ()

9. BENEFÍCIOS ASSISTENCIAIS/ E OU PROGRAMAS DE TRANSFERÊNCIA DE RENDA

Está inscrito/a no Cadastro Único: **sim () não ()**, se sim, informe o número do seu NIS: _____ **(preenchimento obrigatório)**

Indique quais benefícios você recebe: () Baixa renda luz () Baixa renda água () Programa do Leite
() Bolsa Família () BPC () Não Recebe outros: _____

¹ Neste caso, é necessário anexar declaração devidamente assinada pela pessoa que cede o imóvel.

² Para apuração da renda per capita, favor observar o que diz o Artigo 12 da Portaria Normativa nº 15/2017 do MEC, sobretudo, o que diz o parágrafo 3º desse artigo.

Declaro estar ciente que, se apurada e constatada a falsidade das informações prestadas, ou inidoneidade de documentos apresentados, isso implicará no cancelamento imediato do benefício concedido, em conformidade ao § 2º do Art. 26 da Lei Complementar nº 187/2021.

Toledo, _____, _____, 2024

Nome do Responsável Legal: _____

CPF: _____

Assinatura do Responsável Legal