

FICHA DE INSCRIÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO ALUNO/CANDIDATO

Nome do (a) candidato (a): _____

Série/Ano: _____ (M) (T) Segmento: EI () EF 1 () EF 1 () EM () Matrícula: _____

Endereço: _____ Nº: _____

Complemento: _____ Bairro: _____ Cidade: _____

Cep.: _____ - _____ Tel.(Res.): _____ (Cel.): _____

Data Nasc.: ____/____/____ Naturalidade: _____ UF.: _____

Filiação: _____

DADOS DO CONTRATANTE

Contratante: _____ Parentesco: _____

Endereço: _____ Nº: _____

Complemento: _____ Bairro: _____ Cidade: _____

Cep.: _____ - _____ Tel.(Res.): _____ Tel.(Cel.): _____

CPF: _____ - _____ Email: _____

Empresa: _____ Cargo: _____

Endereço Comercial: _____ Tel: _____

Remuneração: R\$ _____ Outras Rendas: R\$ _____ Mês Ref: _____/2017

COMPOSIÇÃO FAMILIAR (TODOS que residem com o aluno/candidato inclusive o mesmo)

Nº	Nome	Idade	Parentesco	Ocupação	Renda Bruta
01					
02					
03					
04					
05					
06					

DADOS SOCIOECONÔMICOS – DESPESAS

Habituação	Aluguel		Saúde	Plano de saúde	
		Condomínio			Medicamentos
	Prestação da casa		Educação	Colégio	
	Luz			Faculdade	
	Água		Transporte	Curso	
	Telefone			Prestação do carro	
	Telefone Celular			Seguro do carro	
	Gás			Metrô	
	Mensalidade TV			Ônibus	
	Internet			Combustível	

	Diarista/Mensalista			Estacionamento	
Alimentação	Supermercado		Impostos	IPTU	
	Feira			IPVA	
	Padaria		Outros	Seguro de vida	
TOTAL:					

DADOS COMPLEMENTARES

Sua família recebe pensão alimentícia? () Sim () Não Valor: R\$ _____
 () Cheque () Dinheiro () Depósito em Conta De quem? _____
 Sua família recebe renda agregada? () Sim () Não Valor: R\$ _____
 () Cheque () Dinheiro () Depósito em Conta De quem? _____

CASOS ESPECIAIS

1- Beneficiário do Programa Bolsa Família (Lei 10.836/2004)	() Sim () Não
2- Beneficiário do Benefício de Prestação Continuada (BPC - Lei 8.742/93)	() Sim () Não
3- Doença Grave no Grupo Familiar	() Sim () Não

Assistência: Número de Identificação Social (NIS): _____

Beneficiário (a) do BPC: _____

Saúde: Qual: _____ Portador (a)? _____

HISTÓRICO DA SITUAÇÃO SOCIOECONÔMICA DA FAMÍLIA (se desejar)

Caso queira, descreva de maneira sucinta informações que possibilitem esclarecer a situação do grupo familiar do (a) candidato (a).

Declaro que as informações prestadas são verdadeiras e estou ciente de que a documentação fornecida à Instituição não será devolvida, independente da Avaliação da solicitação de Bolsa de Estudo e autorizo a apresentação da documentação fornecida aos órgãos públicos de fiscalização.

Assumo total responsabilidade sobre a veracidade das informações prestadas, as quais poderão ser investigadas ou confirmadas a qualquer tempo.

Niterói, ____ de _____ 2017.

Assinatura do Responsável