



ANÁLISE DO PERFIL SOCIOECONÔMICO BOLSA DE ESTUDO 2025

Dados a serem preenchidos pelo analista.

Processo Nº: _____

Data: ____/____/____

Dispõe-se para o processo seletivo para o Programa de Bolsas de Estudo do COLÉGIO ADONAI, **com desconto de até 50%**, para os alunos do Fundamental I (1º ao 5º ano), Fundamental II (6º ao 9º ano) e Ensino Médio (1ª a 3ª série).

Série pleiteada para **2025**: _____

CICLO: Ensino Fundamental I (1º ano ao 5º ano) **Ensino Fundamental II** (6º ano ao 9º ano) **Ensino Médio** (1ª, 2ª e 3ª Série)

CANDIDATO / ALUNO

Nome completo: _____

CPF: _____

Data de Nascimento: _____ / _____ / _____

RG: _____

Órgão expedidor: _____

UF: _____

Data de expedição: _____ / _____ / _____

Nome completo do pai: _____

Nome completo da mãe: _____

Endereço: _____

Bairro: _____

Complemento _____

Cidade: _____

Estado: _____

CEP: _____

Atualmente, estuda em qual colégio? _____

Em caso de divórcio/separação, quem possui a guarda do aluno? _____

REQUERENTE / RESPONSÁVEL FINANCEIRO

Nome:

CPF:

Data de Nascimento:

/ /

RG:

Órgão expedidor:

UF:

Data de expedição:

/ /

Vínculo com o educando:

Grau de Instrução:

Endereço:

Bairro

Complemento:

Cidade:

Estado:

CEP:

Telefone Residencial:

Celular:

Outro telefone:

E-mail pessoal:

QUESTIONÁRIO

(Marque somente uma alternativa em cada questão sobre seu grupo familiar)

Estado civil dos pais/responsáveis:

Casado

Divorciado/Separado

Viúvo

União estável

Outro ⇒ (justifique) _____

Grupo familiar apresenta PNE (Portadores de Necessidades Especiais) e ou doença crônica:

Sim Qual? _____

Obs. É necessário comprovação por meio de laudo médico encaminhado no processo.

Não

Tipo de moradia do responsável:

Própria

Alugada

Financiada

Outras

Despesa mensal R\$ _____

Meio de locomoção (para escola):

Veículo próprio Coletivo/Ônibus Vans (fretamento mensal)

Outros ⇒ Especifique: _____

Fator preponderante e desestabilizador de ordem financeiro/social no grupo familiar:

Separação conjugal

Viuvez

Desemprego

Acidente/Doença grave

Falência financeira

Outros ⇒ Especifique: _____

Informe a quantidade de veículos motorizados do grupo familiar:

1) Proprietário: _____

Marca: _____ Modelo: _____

Ano: _____ Valor: R\$ _____

Financiado: Sim Valor mensal: R\$ _____ Não

2) Proprietário: _____

Marca: _____ Modelo: _____

Ano: _____ Valor: R\$ _____

Financiado: Sim Valor mensal: R\$ _____ Não

Os campos abaixo devem ser preenchidos em sua totalidade, lembrando que é uma análise socioeconômica, informações inverídicas e incompletas indeferirá o processo de solicitação da bolsa de estudo.

➤ **Fonte de renda do pai (ou padrasto) do aluno:**

() Assalariado () Proprietário de Pequena/média Empresa () Aposentado

() Pensionista () Autônomo

() Outra - Especifique _____

➤ **Fonte de renda da mãe (ou madrasta) do aluno:**

() Assalariada () Proprietária de Pequena/média Empresa () Aposentada

() Pensionista () Autônoma.

() Outra - Especifique _____

Deverão ser lançados no quadro abaixo o nome completo da família atual do candidato (os que moram na mesma casa) e aqueles que contribuem com a renda familiar.

Os dados lançados abaixo, deverão ser equivalentes **aos últimos 3 meses**, e deverão registrar a renda bruta, sem qualquer desconto, inclusive seguro desemprego ou benefício previdenciário.

Obs. Profissão não é a formação acadêmica e sim a atividade que a pessoa exerce. Ex.: Micro empresário, vendedor, balconista, odontólogo, autônomo entre outros.

NOME	IDADE	PARENTESCO	PROFISSÃO	RENDA MENSAL R\$ (Bruta)
				R\$
				R\$
				R\$
				R\$
				R\$
				R\$
Total da renda Bruta:				R\$

INFORME AS DESPESAS MENSAS DO GRUPO FAMILIAR LEMBRANDO QUE SÓ SERÃO CONSIDERADAS AS DESPESAS COMPROVADAS COM DOCUMENTAÇÃO.	
Água/Condomínio:	R\$
Eletricidade:	R\$
Telefones (fixo e celular):	R\$
Educação(geral)	R\$
Transporte Escolar	R\$
Alimentação, Higiene e Limpeza:	R\$
Saúde	R\$
Aluguel/Financiamento	R\$
Outras despesas (devem ser detalhadas)	R\$
TOTAL DAS DESPESAS (Soma Obrigatória)	R\$

A inveracidade das informações prestadas neste formulário de solicitação de benefício, bem como nos documentos apresentados, quando constatada, a qualquer tempo, implicará o cancelamento do benefício porventura concedido.

Declaro, para os devidos fins de direito e efeitos legais, que as informações por mim prestadas são verídicas e que pelas mesmas me responsabilizo integralmente.

Candidato ou Responsável

Anápolis/GO, _____ de _____ de 202____.

PARECER SOCIAL (Exclusivo Assist. Social)

Responsável: _____

Anápolis/GO, _____ de _____ de 20____

VISITA DOMICILIAR:

Motivo: _____

Aspectos observados: _____

OBSERVAÇÃO E DECISÃO DO RESPONSÁVEL PELA SELEÇÃO

- Deferida
- Indeferida

Mês de concessão: _____

Mês do deferimento: _____

Observações: _____

Assinatura do responsável

Anápolis, _____ de _____ de 20____.