

FICHA SOCIOECONÔMICA – 2027

I. IDENTIFICAÇÃO:

Aluno: _____

Data Nasc.: ____/____/____ CPF: _____

Sexo () Masc () Fem Nível/Turma: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ CEP: _____ Cidade: _____

Responsável Financeiro junto a Instituição : [] 1- Pai [] 2- Mãe [] 3- Outro _____

II. RESPONSÁVEIS:

Nome: _____ Grau parentesco _____

RG _____ CPF: _____ Fone/ Celular _____

Endereço: [] o mesmo do aluno ou _____

Bairro _____ CEP _____ Cidade _____

Profissão: _____ Local de Trabalho: _____

Fone Comercial: _____

Nome do cônjuge: _____ Grau parentesco _____

RG _____ CPF: _____ Fone/ Celular _____

Endereço: [] o mesmo do aluno ou _____

Bairro _____ CEP _____ Cidade _____

Profissão: _____ Local de Trabalho: _____

Fone Comercial: _____

Nome do Responsável Financeiro / Contratante junto à instituição: _____

III. DADOS DO GRUPO FAMILIAR: Entende-se como grupo familiar a unidade nuclear composta por uma ou mais pessoas, eventualmente ampliada por outras pessoas que contribuam para o rendimento ou tenham suas despesas atendidas por aquela unidade familiar, todas moradoras em um mesmo domicílio

Nº	Nome	Parentesco	Idade	Estado Civil	Ocupação	Renda Mensal Bruta R\$
1.		Aluno				
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
Total de Renda Familiar Bruta: R\$						
Total da Renda Per Capita (renda bruta total dividida pelo número de pessoas do grupo familiar): R\$						

IV. INFORMAÇÕES SOCIOECONÔMICAS

a) O Solicitante está **desempregado**? [] SIM [] NÃO

b) Há despesas com **doença crônica** no grupo familiar? [] SIM [] NÃO

Em caso afirmativo qual doença? _____

Portador(a) de Deficiência? Qual _____

Necessita de medicação de uso contínuo? Valor médio mensal gasto R\$ _____

c) **Residência** [] PRÓPRIA [] CEDIDA

[] ALUGADA – Valor R\$ _____ [] FINANCIADA – Valor R\$ _____

d) Algum componente da família tem **veículo**?

[] SIM [] NÃO Ano/Modelo: _____

e) Há outro membro do grupo familiar que estuda com **bolsa educacional** ou em outra instituição particular? [] SIM [] NÃO

f) Algum membro da família recebe **pensão alimentícia**? [] SIM [] NÃO Valor: R\$ _____

g) Recebe algum **benefício social** (BPC, Bolsa família) [] SIM [] NÃO

Quais: _____ Valor R\$ _____

V. Despesas Mensais:

Luz R\$ _____ Telefone R\$ _____ Água R\$ _____ Condomínio R\$ _____

Outras R\$ _____

VI. Outras informações que julguem necessárias:

Declaro sob as penas da Lei (Art. 299 do Código Penal Brasileiro), que todas as informações acima prestadas são verdadeiras. Declaro conhecer o Regimento da Instituição e me comprometo a dar cumprimento ao mesmo. Autorizo a apresentação da documentação fornecida, aos órgãos públicos de fiscalização, dispondo-me a receber a visita domiciliar da Assistente Social da Instituição para averiguação das informações prestadas. Em caso da não veracidade das informações e da documentação em anexo a Concessão da Assistência Educacional poderá sofrer alterações ou cancelamento.

Santa Maria, _____ de _____ de 2026

Assinatura: _____

Solicitante/responsável

VII. PARECER DA COMISSÃO

Situação:

() Deferido **Gratuidade Concedida:** _____% **para o ano de 2027**

() Indeferido **Motivo:** _____

Santa Maria, ____ de _____ de 2026

Assinatura da Comissão

Assistente Social