



**1. IDENTIFICAÇÃO DO(A) CANDIDATO(A)** \_\_\_\_\_

Nome do(a) estudante: _____	Data de nasc: _____		
Ano/série em 2025: _____	Escola atual: _____	Valor mensalidade: R\$ _____	Cidade de nasc.: _____
Carteira de Identidade: _____		CPF: _____	
Endereço: _____	Bairro: _____		
CEP: _____	Cidade: _____	UF: _____	Telefone: _____
Candidato com deficiência? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual? _____			
Grupo familiar inscrito no CADÚNICO? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		Nº: _____	Beneficiário de Programa do Governo? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual: _____
Tem irmão(á) estudando no CENSA? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		Nome: _____ Turma: _____ Desconto: _____	

**2. IDENTIFICAÇÃO DOS PAIS E/OU RESPONSÁVEIS** \_\_\_\_\_

Nome da mãe/responsável do(a) candidato(a): _____			
Endereço: _____	Bairro: _____		
CEP: _____	Cidade: _____	UF: _____	E-mail: _____
Tel: _____	Celular: _____	Data de nascimento: _____	
Estado civil: _____	RG: _____	CPF: _____	
Profissão: _____	Local de trabalho: _____	Telefone do trabalho: _____	
Cargo/função: _____	Remuneração bruta R\$ _____	Remuneração líquida R\$ _____	Outras rendas R\$ _____

Nome do pai/responsável do(a) candidato(a): _____			
Endereço: _____	Bairro: _____		
CEP: _____	Cidade: _____	UF: _____	E-mail: _____
Tel: _____	Celular: _____	Data de nascimento: _____	
Estado civil: _____	RG: _____	CPF: _____	
Profissão: _____	Local de trabalho: _____	Telefone do trabalho: _____	
Cargo/função: _____	Remuneração bruta R\$ _____	Remuneração líquida R\$ _____	Outras rendas R\$ _____

**3. DESPESAS MENSais FIXAS** \_\_\_\_\_

DESPESAS COM SAÚDE		DESPESAS COM MORADIA		DESPESAS COM EDUCAÇÃO/COMUNICAÇÃO	
Medicamentos	R\$	Financiamento	R\$	Escola/faculdade/pós	R\$
Plano de Saúde	R\$	Condomínio	R\$	Material escolar	R\$
Plano Odontológico	R\$	Energia elétrica/solar	R\$	Celular	R\$
Plano Funerário	R\$	Aluguel	R\$	Internet/TV a cabo	R\$
Outros gastos	R\$	IPTU	R\$	ALIMENTAÇÃO	R\$
		Água/Gás	R\$	EMPRÉSTIMOS/FINANCIAMENTOS R\$	

**4. RELAÇÃO DE TODOS OS DEPENDENTES DA RENDA FAMILIAR** (que residem na mesma casa) \_\_\_\_\_

NOMES (INCLUINDO O CANDIDATO(A))	IDADE	PARENTESCO	ESCOLARIDADE	PROFISSÃO	RENDA BRUTA

RENDA BRUTA FAMILIAR: R\$ _____	RENDA PER CAPITA (renda bruta dividida pelo nº de dependentes): R\$ _____
NÚMERO DE DEPENDENTES DA RENDA FAMILIAR: _____	POSSUÍA BOLSA DE ESTUDO NO ANO 2025? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não

**5. INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES** \_\_\_\_\_

Residência:  própria  alugada  outros Qual? \_\_\_\_\_

Valor do aluguel/prestação: R\$ \_\_\_\_\_ Há quanto tempo mora no local? \_\_\_\_\_ Quantas pessoas residem no local? \_\_\_\_\_

Possui veículo?  não  sim Marca/ano/modelo: \_\_\_\_\_

Possui moto?  não  sim Marca/ano/modelo: \_\_\_\_\_

Algum membro do grupo familiar tem doença crônica ou deficiência?  não  sim Qual: \_\_\_\_\_

Algum membro do grupo familiar necessita de medicação contínua?  não  sim Qual: \_\_\_\_\_

A família tem idosos que necessitem de cuidados?  não  sim Este idoso recebe aposentadoria?  não  sim

Gasto mensal da família com medicação, médicos e terapêuticos: R\$ \_\_\_\_\_

**6. MEMBROS DO GRUPO FAMILIAR QUE FREQUENTAM CURSOS LIVRES** (futebol, natação, balé, curso de idiomas, judô, outros): \_\_\_\_\_

NOME	CURSO	LOCAL	VALOR MENSAL

DESPESA TOTAL MENSAL DO GRUPO FAMILIAR COM MEMBROS QUE FREQUENTAM CURSOS LIVRES: R\$ \_\_\_\_\_

**7. MOTIVO DA SOLICITAÇÃO** \_\_\_\_\_

#### **8. OBSERVAÇÕES / OUTRAS INFORMAÇÕES: \_\_\_\_\_**

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 Entidade e me comprometo a dar cumprimento a ele. 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 conformidade com o Decreto nº 11.791/2023 e Lei Complementar 187/2021.

## Termo de Consentimento para Tratamento de Dados Pessoais

Declaro estar ciente de que o tratamento de meus dados pessoais é condição essencial para a participação no processo seletivo de concessão de Bolsa de Estudo e por este termo declaro estar ciente a respeito das regras dispostas no edital sobre tratamento de dados pessoais e dou o meu consentimento para a realização do tratamento para as finalidades informadas no Edital de Bolsas de estudos CEBAS.LEI Nº 13.709, DE 14 DE AGOSTO DE 2018. "Art. 1º Esta Lei dispõe sobre o tratamento de dados pessoais, inclusive nos meios digitais, por pessoa natural ou por pessoa jurídica de direito público ou privado, com o objetivo de proteger os direitos fundamentais de liberdade e de privacidade e o livre desenvolvimento da personalidade da pessoa natural". O Centro Educacional Nossa Senhora Auxiliadora se responsabiliza pela confiabilidade, sigilo e arquivamento do documento.

Campos dos Goytacazes RJ, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202 \_\_\_\_.

Assinatura do (a) requerente

DEFERIDO:  CEBAS 50%  CEBAS 100%

## INDEFERIDO

DESCONTO INSTITUCIONAL /COMERCIAL  \_\_\_\_\_

Data: / /

**Ir. Ana Teresa Pinto**  
Diretora Geral do CENSA