

**CENTRO EDUCACIONAL N. S. AUXILIADORA**

Rua Salvador Correa, 139 . Centro . Campos dos Goytacazes . RJ
28035-310 . CNPJ 28.955.961/0001-79

FORMULÁRIO SÓCIOECONÔMICO
CONCESSÃO DE BOLSAS

2026

RA Nº

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? ☐ Não ☐ Sim Qual? _____

Grupo familiar inscrito no CADÚNICO? ☐ Não ☐ Sim Nº: _____ Beneficiário de Programa do Governo? ☐ Não ☐ Sim Qual: _____

Tem irmão(ã) estudando no CENSA? ☐ Não ☐ 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 MENSIS 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