

2026

1. O preenchimento deste formulário não implica qualquer compromisso de concessão da Bolsa de estudos por parte do Colégio Berlaar Nossa Senhora do Patrocínio.
2. A Bolsa, no caso de concessão, tem validade apenas para o ano letivo de **2026** e **não é direito adquirido**, sendo **intransferível**.
3. Este formulário somente será analisado mediante a apresentação de todos os documentos comprobatórios da situação socioeconômica declarada.

1-INFORMAÇÕES GERAIS:

Pedido de Bolsa?	Série a cursar 2026	Aluno Novato	Aluno Veterano	Irmãos no Colégio
() Novo () Renovação				() Sim () Não Qtos? _____

2-IDENTIFICAÇÃO DO/A CANDIDATO/A:

Nome: _____ Data de Nasç: ____/____/____

Sexo: () F () M CPF: _____ RG: _____

Naturalidade: _____ Tel: () _____ Religião _____

Cor/Raça (IBGE): () Branca () Preta/Negra () Parda () Amarela () Indígena

Participa de atividades no contra turno escolar? () Sim () Não Qual(is): _____

Local: _____ Nº de vezes em que participa: _____

3- DADOS DE FILIAÇÃO DO/A CANDIDATO/A:

Pai: _____ D.Nasc. ____/____/____ RG _____ CPF _____
 Situação civil: () Casado () Solteiro () Separado () Viúvo () União Estável () União Informal () Falecido Tel: _____
 Profissão: _____ Local de Trabalho: _____ Renda: _____

Mãe: _____ D.Nasc. ____/____/____ RG _____ CPF _____
 Situação civil: () Casado () Solteiro () Separado () Viúvo () União Estável () União Informal () Falecido Tel: _____
 Profissão: _____ Local de Trabalho: _____ Renda: _____

Pai e mãe residem juntos, com candidato (a)? () sim () não ➡ Se não, recebe pensão? NÃO () SIM ()

De quem o educando recebe pensão? Nome: _____ Parentesco: _____

4 - IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL LEGAL: Se o aluno não reside com os pais descrever os dados do responsável legal:

Nome: _____ D.Nasc. ____/____/____ RG _____ CPF _____
 Situação civil: () Casado () Solteiro () Separado () Viúvo () União Estável () União Informal () Falecido
 Tel: _____ Número de Processo: _____ Possui Termo de Guarda? () sim () não
 Outras Informações: _____

5- Situação de Moradia:

Endereço: _____, nº _____ Bairro: _____
 Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____ Tel.() _____ () _____

☐ Próprio Quitado há quanto tempo? _____	☐ Alugado Valor do Aluguel: R\$ _____	Herança: NÃO ☐ SIM ☐ Se sim, de quem? _____ Nome da pessoa _____ Parentesco _____	☐ Cedido por? Nome: _____ Qual parentesco do proprietário? _____	☐ Financiado Valor da Prestação: R\$ _____ Total de Prestações: _____ Quantas faltam pagar: _____
--	---	--	---	---

6- QUADRO DE COMPOSIÇÃO FAMILIAR: (Iniciar o preenchimento do quadro com os dados do (a) CANDIDATO (a). Neste deverá constar o nome de **todas** as pessoas que moram na mesma residência do (a) mesmo (a), inclusive crianças.

[illegible]

TOTAL DE MEMBROS NA FAMÍLIA: _____ TOTAL DA RENDA BRUTA FAMILIAR : R\$ _____

7- RENDAS DE PROGRAMAS SOCIAIS:

No grupo familiar há alguém que tenha acesso a Programa Governamental de Renda Mínima (Federal ,Estadual ou Municipal)Auxílio Brasil,BPC etc. () Não () Sim Nº do NIS: _____ Valor: R\$ _____

8-BENS DO GRUPO FAMILIAR:

Descrição Imóveis: casa, apartamento, terras, terrenos, automóveis (marca, modelo, ano de fabricação)	Valor total	Herança?		Financiado Valor parcela R\$	Quitado
		Sim	Não		
1-					
2-					
3-					

9-MEMBRO FAMILIAR ESTUDANDO EM OUTRAS ESCOLAS/FACULDADES/PÓS/CURSOS:

Nome	Nome da Instituição de Ensino	Curso	Pública	Particular		Valor da Parcela R\$
				Possui desconto?		
				Sim (%)	Não	
1-						
2-						
3-						
TOTAL R\$						

10- SITUAÇÃO ESPECIAL DE SAÚDE E OU DEFICIÊNCIA

Nome da pessoa	Parentesco	Tipo da doença/ Deficiência	Há quanto tempo	Onde faz acompanhamento	Medicação Continua	Plano de Saúde
1.						
2.						

11- DESPESAS MENSAIS BÁSICAS: (COLOCAR MÊDIA DAS DESPESAS FIXAS)

DESPESAS	VALOR: R\$	DESPESAS	VALOR: R\$	DESPESAS	VALOR: R\$
ÁGUA		EDUCAÇÃO /CURSOS		MEDICAÇÃO	
LUZ		INTERNET		COMBUSTÍVEL	
TELEFONE		PLANO DE SAÚDE		EMPREGADOS DOMÉSTICOS	
ALIMENTAÇÃO		CARTÃO DE CRÉDITO		OUTRAS DESPESAS	
ALUGUEL		FINANCIAMENTO		VALOR TOTAL DAS DESPESAS MENSAIS- R\$	
CONDOMÍNIO		EMPRÉSTIMO			

12- JUSTIFICATIVA DE PEDIDO

13- TERMO DE RESPONSABILIDADE

Declaro, sob as penas da Lei Complementar 187 de 16 de dezembro de 2021 e decreto nº 11.791, DE 21 DE novembro de 2023, serem verdadeiros os dados e os documentos por mim fornecidos neste formulário e estou ciente de que a não veracidade das informações acarretará a anulação do pedido de concessão de bolsa; registro ainda ciência da possibilidade do recebimento de visita domiciliar de representante institucional com vistas a complementaridade de dados, e que o preenchimento da ficha de avaliação socioeconômica não dão quaisquer garantias de vaga ou reserva de matrícula.

_____, _____ de _____ de 20---

Assinatura dos pais ou Responsável legal pelo/a
CANDIDATO/a

Para uso da (o) Assistente Social

Total da Renda Bruta Familiar R\$	Nº Componente da família	Renda Per Capta R\$
Parecer Social e Assinatura do Assistente Social:		Equipe Diretiva: