



**FICHA PARA SOLICITAÇÃO DE BOLSA FILANTRÓPICA**

Nome do aluno(a): \_\_\_\_\_ Ano Escolar pretendido: \_\_\_\_\_  
Nacionalidade: \_\_\_\_\_ Naturalidade: \_\_\_\_\_  
Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino  
Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_  
RG: \_\_\_\_\_ Órgão Emissor: \_\_\_\_\_ Emissão: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Responsável Financeiro: ( ) Pai ( ) Mãe ( ) Outro: \_\_\_\_\_

**DADOS DO RESPONSÁVEL FINANCEIRO:**

Nome: \_\_\_\_\_  
Nacionalidade: \_\_\_\_\_ Naturalidade: \_\_\_\_\_  
Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Grau de instrução:  
( ) Fundamental ( ) Médio ( ) Médio incompleto ( ) Superior incompleto ( ) Superior ( ) Pós-Graduação  
Profissão: \_\_\_\_\_ Telefone celular: \_\_\_\_\_  
Endereço Residencial: \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
Telefone Residencial: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_  
RG: \_\_\_\_\_ Órgão Emissor: \_\_\_\_\_ Emissão: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Filiação: \_\_\_\_\_  
Empresa: \_\_\_\_\_ Admissão: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Endereço Profissional: \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
Telefone da empresa: \_\_\_\_\_  
Faixa Salarial (em salários mínimos): ( ) até 2 ( ) 3 a 5 ( ) 6 a 10 ( ) 11 a 20 ( ) 21 a 30 ( ) acima de 30  
Outras rendas: \_\_\_\_\_

**COMPOSIÇÃO DO GRUPO FAMILIAR:** Preencher o quadro abaixo com os dados das pessoas que residem na mesma casa com o aluno, devendo o mesmo estar incluso na listagem.

Nome	Idade	Parentesco	Profissão	Renda
TOTAL				

**DEPENDENTES QUE ESTUDAM**

Nome	Ano escolar	Instituição de Ensino	Valor Pago

Renda Per Capita: \_\_\_\_\_

Percentual de bolsa/desconto solicitado: \_\_\_\_\_



**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:**

Condições do Imóvel: ( ) Próprio ( ) Alugado - Informar encargos mensais: R\$ \_\_\_\_\_

( ) Cedido ( ) Financiado - Informar o valor mensal financiado: R\$ \_\_\_\_\_

Possui Automóvel? ( ) Sim ( ) Não. Caso sim, especificar modelo e ano: \_\_\_\_\_

Quitado? ( ) Sim ( ) Não. Caso seja financiado, informe o valor da prestação mensal: R\$ \_\_\_\_\_

Possui plano de saúde? ( ) Sim ( ) Não. Caso sim, qual? \_\_\_\_\_

Algum membro do grupo familiar é portador de doença crônica? ( ) Sim ( ) Não. Caso sim, especifique: \_\_\_\_\_

Em caso de doença crônica, qual o valor médio mensal gasto em medicamentos? R\$ \_\_\_\_\_

Existe algum membro do grupo familiar com problemas de:

( ) Alcoolismo ( ) Doença Mental ( ) Dependência Química ( ) Outro: \_\_\_\_\_

A família é beneficiada por algum Programa Social? ( ) Sim ( ) Não.

Caso sim, qual? \_\_\_\_\_

Valor das despesas fixas familiares: Energia Elétrica: R\$ \_\_\_\_\_ Água: R\$ \_\_\_\_\_ Telefone: R\$ \_\_\_\_\_

Canoas, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Nome do responsável financeiro por extenso: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do responsável financeiro

---

**PARA USO DA ESCOLA**

Percentual de filantropia concedido: \_\_\_\_\_ Justificativa: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Membros da Comissão Avaliadora:**