

**ATENÇÃO**

1. Somente será analisada a solicitação que estiver devidamente preenchida e com TODOS os documentos em anexo.
2. Todas as informações serão guardadas em sigilo, portanto, deverão ser CLARAS, PRECISAS E VERDADEIRAS.
3. Este documento não poderá conter rasuras. Qualquer problema com relação às informações prestadas INVALIDA a solicitação e torna impossível a montagem de novo processo.

**SOLICITAÇÃO:** ( ) NOVA ( ) RENOVAÇÃO

**IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDANTE**

NOME:		DATA NASCIMENTO: ___/___/___	IDADE:
ENDEREÇO:		Nº COMPLEMENTO:	
BAIRRO:	CEP:	MUNICÍPIO:	
RG:	ORG. EXP.:	CPF:	
PONTO DE REFERÊNCIA:			
TELEFONE:		E-MAIL:	
NOME DA MÃE:		CPF:	
NOME DO PAI:		CPF:	
NOME DO RESPONSÁVEL: (caso não seja o pai ou a mãe)		CPF:	
ETNIA DECLARADA: ( ) AMARELA ( ) BRANCA ( ) ÍNDÍGENA ( ) NEGRA ( ) PARDA	NATURAL DE: (município onde nasceu)	ORIENTAÇÃO RELIGIOSA:	

**HISTÓRICO NA INSTITUIÇÃO (RENOVAÇÃO)**

(Desde qual série/ano o aluno estuda no colégio)

**DADOS DE ESCOLARIDADE E ACESSO AO COLÉGIO PELO ESTUDANTE**

INFORME A SÉRIE QUE IRÁ CURSAR NO PRÓXIMO ANO:  ( ) ANOS INICIAIS (1º AO 5º ANO) ANO: _____  ( ) ANOS FINAIS (6º AO 9º ANO) ANO: _____  ENSINO MÉDIO: SÉRIE: _____	PRINCIPAL MEIO DE TRANSPORTE PARA CHEGAR AO COLÉGIO:  ( ) A PÉ ( ) CARONA ( ) TRANSPORTE COLETIVO ( ) TRANSPORTE ESCOLAR ( ) TRANSPORTE PRÓPRIO ( ) OUTRO. ESPECIFICAR _____	VOCÊ SE ENQUADRA EM ALGUMA SITUAÇÃO ABAIXO?  ( ) RESIDE EM (MUNICÍPIO) OU NA REGIÃO, E UTILIZA 02 (DUAS) PASSAGENS DE ÔNIBUS, DIARIAMENTE, PARA SE DESLOCAR DA SUA CASA PARA O COLÉGIO (IDA E VOLTA) ( ) RESIDE FORA DE (MUNICÍPIO) OU NA REGIÃO E UTILIZA 04 (QUATRO) OU MAIS PASSAGENS DE ÔNIBUS, DIARIAMENTE, PARA SE DESLOCAR DA SUA CASA PARA O COLÉGIO ( ) NENHUMA DAS SITUAÇÕES ACIMA
---	---	--

**CONDIÇÕES DE MORADIA DO ESTUDANTE/ CARACTERÍSTICAS DO DOMICÍLIO**

O ESTUDANTE MORA COM:  ( ) FAMÍLIA ( ) PARENTES. QUEM SÃO? _____ ( ) REPÚBLICA ( ) PENSÃO ( ) OUTRA SITUAÇÃO. QUAL? _____	SITUAÇÃO HABITACIONAL:  ( ) PRÓPRIA FINANCIADA ( ) HERDADA ( ) PRÓPRIA QUITADA ( ) COMPARTILHADA ( ) ALUGADA ( ) OUTRA SITUAÇÃO. QUAL? _____ ( ) CEDIDA
POSSUI ACESSO À INTERNET, EM CASA? ( ) SIM ( ) NÃO	RESIDE EM ÁREA DE RISCO? ( ) SIM ( ) NÃO
Nº DE CÔMODOS DA CASA: ( ) 1 A 3 ( ) 4 A 6 ( ) A PARTIR DE 7	Nº DE QUARTOS: ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) A PARTIR DE 5

### RELAÇÃO DE BENS/IMÓVEIS PERTENCENTES À FAMÍLIA

A FAMÍLIA POSSUI OUTROS IMÓVEIS ALÉM DA MORADIA?  
 Marque e sublinhe o tipo de bens/ imóveis. Ex.: (x) LOTE/ BARRACÃO  
 LOTE/ BARRACÃO  
 SÍTIO/ CHÁCARA/ FAZENDA  
 CASA OU APARTAMENTO  
 NÃO POSSUI OUTRO IMÓVEL ALÉM DA RESIDÊNCIA

A FAMÍLIA POSSUI VEÍCULO PRÓPRIO? ( CARRO, MOTO, CAMINHÃO, TRATOR, ETC.)  
 MARCAR COM (X) PARA QUAL FINALIDADE E SE ESTÁ QUITADO.

PROPRIETÁRIO	MARCA	ANO	FINALIDADE			QUITADO	
			PASSEIO	TÁXI	CARRETO	SIM	NÃO

### SITUAÇÃO DE SAÚDE DO ESTUDANTE E GRUPO FAMILIAR E VINCULAÇÃO COM POLÍTICAS PÚBLICAS

SITUAÇÃO DE SAÚDE DO ESTUDANTE				ACESSO À SAÚDE		O GRUPO FAMILIAR POSSUI ALGUM DESTES SERVIÇOS:	
POSSUI ALGUM TIPO DE DEFICIÊNCIA? <input type="checkbox"/> NENHUMA <input type="checkbox"/> AUDITIVA <input type="checkbox"/> DE FALA <input type="checkbox"/> FÍSICA/MOTORA <input type="checkbox"/> VISUAL  APRESENTA ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM. QUAL: _____				A FAMÍLIA TEM PLANO DE SAÚDE? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM QUAL: _____		<input type="checkbox"/> BPC/ LOAS <input type="checkbox"/> BOLSA FAMÍLIA <input type="checkbox"/> PETI <input type="checkbox"/> PROJOVEM <input type="checkbox"/> POUPANÇA JOVEM <input type="checkbox"/> HABITAÇÃO POPULAR (MINHA CASA, MINHA VIDA) <input type="checkbox"/> OUTRO: _____	
SITUAÇÃO DE SAÚDE DO GRUPO FAMILIAR				ALGUM MEMBRO DO GRUPO FAMILIAR PARTICIPA DE AÇÕES COMUNITÁRIAS:		<input type="checkbox"/> NÃO POSSUI  * Atenção assistente social, acrescentar ou retirar, conforme a realidade da sua cidade.	
EXISTE CASO DE DOENÇA GRAVE OU CRÔNICA NO NÚCLEO FAMILIAR? EM CASO POSITIVO, RELACIONE-OS ABAIXO:				<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM. QUAL: _____			
NOME	GRAU DE PARENTESCO	DOENÇA	DESPESA MENSAL				

### DESPESAS MENSAS DA FAMÍLIA

ALUGUEL/ SFH R\$	ÁGUA/ CONDOMÍNIO R\$	LUZ R\$	IPTU R\$	TELEFONE R\$	PLANO DE SAÚDE R\$
MEDICAMENTOS R\$	MENSALIDADE ESCOLAR R\$	MENSALIDADE FACULDADE R\$	TRANSPORTE ESCOLAR R\$	TRANSPORTE COLETIVO R\$	PRESTAÇÃO VEÍCULO R\$
EMPRÉSTIMO BANCÁRIO R\$	EMPREGADA DOMÉSTICA R\$	DENTISTA R\$	ALIMENTAÇÃO R\$	OUTRAS DESPESAS R\$ _____( ) R\$ _____( ) R\$ _____( ) R\$ _____( )	

**RELATE DE FORMA OBJETIVA O MOTIVO DA SUA SOLICITAÇÃO**


**UTILIZE A LEGENDA ABAIXO PARA PREENCHER O QUADRO SOBRE A COMPOSIÇÃO FAMILIAR**

**LEGENDA**

**A – ESTADO CIVIL**

**01** – SOLTEIRO(A); **02** – CASADO(A)/UNIÃO ESTÁVEL; **03** – VIÚVO(A); **04** – SEPARADO(A) LEGALMENTE; **05** – SEPARADO(A) SEM LEGALIDADE; **06** – SEPARADO(A) POR NECESSIDADE DE TRABALHO; **07** – OUTRA SITUAÇÃO

**LEGENDA B – ESCOLARIDADE**

**01** – NÃO ESTUDOU; **02** – 1ª A 4ª SÉRIE DO ENSINO FUNDAMENTAL; **03** – 5ª A 8ª SÉRIE DO ENSINO FUNDAMENTAL; **04** – ENSINO MÉDIO (2º GRAU) INCOMPLETO; **05** – ENSINO MÉDIO (2º GRAU) COMPLETO; **06** – ENSINO SUPERIOR INCOMPLETO; **07** – ENSINO SUPERIOR COMPLETO; **08** – PÓS-GRADUAÇÃO; **10** – OUTRO

**LEGENDA C – SITUAÇÃO DE TRABALHO**

**01** – EMPREGADOR; **02** – ASSALARIADO COM CARTEIRA DE TRABALHO; **03** – ASSALARIADO SEM CARTEIRA DE TRABALHO; **04** – AUTÔNOMO COM PREVIDÊNCIA SOCIAL; **05** – AUTÔNOMO SEM PREVIDÊNCIA SOCIAL; **06** – APOSENTADO/ PENSIONISTA; **07** – TRABALHADOR RURAL; **08** – EMPREGADOR RURAL; **09** – NÃO TRABALHA; **10** – DESEMPREGADO; **11** – AFASTADO (AUXÍLIO DOENÇA OU ACIDENTE DE TRABALHO); **12** – ESTAGIÁRIO REMUNERADO/BOLSA PESQUISA; **13** – OUTRO

**QUADRO DE COMPOSIÇÃO FAMILIAR (Relação de todas as pessoas que residem na casa do estudante)**

	NOME DE CADA MEMBRO DO GRUPO FAMILIAR (INCLUSIVE DO ESTUDANTE CANDIDATO À BOLSA)	GRAU DE PARENTESCO EM RELAÇÃO AO ESTUDANTE	IDADE	ESTADO CIVIL (VER LEGENDA A)	ESCOLARIDADE (VER LEGENDA B)	PROFISSÃO/ ATIVIDADE EXERCIDA	SITUAÇÃO DE TRABALHO (VER LEGENDA C)	RENDIMENTO MENSAL BRUTO	RENDIMENTO MENSAL EXTRA/ BICO
01									
02									
03									
04									
05									
06									
07									
08									
09									
10									

<p>* Campo preenchido pelo assistente social</p> <p>SALÁRIO MÍNIMO VIGENTE:</p> <p>R\$: _____</p>	<p>* Campo preenchido pelo assistente social</p> <p>RECEITA TOTAL:</p> <p>R\$: _____</p>
	<p>* Campo preenchido pelo assistente social</p> <p>RENDA PER CAPTA:</p> <p>R\$: _____</p>

Estou ciente de que a constatação de fraude ou omissão nas informações declaradas acarretará no cancelamento do benefício solicitado, sem prejuízo de outras medidas extrajudiciais, de acordo com a Lei 12.101/2009 e legislação atinente.

GOVERNADOR VALADARES, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) responsável pelas informações

\* Campos preenchidos pelo assistente social:

**OBSERVAÇÕES**


**PARECER DO SERVIÇO SOCIAL**


( ) PROCESSO DEFERIDO ( ) PROCESSO INDEFERIDO PERCENTUAL CONCEDIDO: ( ) 100% ( ) 50%  
PERÍODO DE DURAÇÃO DA CONCESSÃO DE GRATUIDADE: \_\_\_\_\_

Assistente Social responsável (carimbo e assinatura)  
  
\_\_\_\_\_

Data do parecer: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**
