



**2. IDENTIFICAÇÃO DO PAI**

Nome Completo:			
RG:	Órgão Emissor:	CPF:	Escolaridade:
Estado Civil: ( ) Solteiro ( ) Casado ( ) Divorciado ( ) União Estável ( ) Outro			
Endereço:		Nº	Complemento:
Bairro:	Cidade:		Estado:
Telefone ( )	Celular ( )		CEP:
E-mails:			
Atualmente: ( ) Proprietário/Empresário ( ) Empregado ( ) Desempregado ( ) Autônomo ( ) Aposentado ( ) Outro. Qual?			
Empresa onde trabalha:			Função Atual:
Endereço Com.:		Nº	Complemento:
Bairro:	Cidade:		Estado:
Telefone Com.: ( )	Celular Com.: ( )		CEP:
E-mails:			
Renda Bruta Mensal: R\$		Outras Rendas: R\$	

**3. IDENTIFICAÇÃO DA MÃE**

Nome Completo:			
RG:	Órgão Emissor:	CPF:	Escolaridade:
Estado Civil: ( ) Solteira ( ) Casada ( ) Divorciada ( ) União Estável ( ) Outro			
Endereço:		Nº	Complemento:
Bairro:	Cidade:		Estado:
Telefone ( )	Celular ( )		CEP:
E-mails:			
Atualmente: ( ) Proprietário/Empresário ( ) Empregado ( ) Desempregado ( ) Autônomo ( ) Aposentado ( ) Outro. Qual?			
Empresa onde trabalha:			Função Atual:
Endereço Com.:		Nº	Complemento:
Bairro:	Cidade:		Estado:
Telefone Com.: ( )	Celular Com.: ( )		CEP:
E-mails:			
Renda Bruta Mensal: R\$		Outras Rendas: R\$	

**4. IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL FINANCEIRO**

Nome Completo:			
RG:	Órgão Emissor:	CPF:	Escolaridade:
Estado Civil: ( ) Solteiro ( ) Casado ( ) Divorciado ( ) União Estável ( ) Outro			
Endereço:		Nº	Complemento:
Bairro:	Cidade:		Estado:
Telefone ( )	Celular ( )		CEP:
E-mails:			
Atualmente: ( ) Proprietário/Empresário ( ) Empregado ( ) Desempregado ( ) Autônomo ( ) Aposentado ( ) Outro. Qual?			
Empresa onde trabalha:			Função Atual:
Endereço Com.:		Nº	Complemento:
Bairro:	Cidade:		Estado:
Telefone Com.: ( )	Celular Com.: ( )		CEP:
E-mails:			
Renda Bruta Mensal: R\$		Outras Rendas: R\$	

**DADOS DO GRUPO FAMILIAR** (Familiares vivendo sob o mesmo teto)**5. COMPOSIÇÃO DO GRUPO FAMILIAR**

Nº	NOME	PARENTESCO	IDADE	PROFISSÃO	OCUPAÇÃO ATUAL	RENDA BRUTA

**TOTAL DE PESSOAS NO GRUPO FAMILIAR****TOTAL DA RENDA FAMILIAR BRUTA (R\$)****6. OUTROS RENDIMENTOS:**

Possui renda complementar, tal como:

**VALOR DA RENDA**

Bolsa Família: ( ) Sim ( ) Não

R\$

Pensão Alimentícia: ( ) Sim ( ) Não

R\$

Pensão por Morte: ( ) Sim ( ) Não

R\$

Benefício Previdenciário: ( ) Sim ( ) Não

R\$

Aluguel: ( ) Sim ( ) Não

R\$

Ajuda de Terceiros: ( ) Sim ( ) Não

R\$

Outros:

R\$

**TOTAL DE OUTROS RENDIMENTOS** R\$**VALOR TOTAL DA RENDA FAMILIAR BRUTA + VALOR TOTAL DE OUTROS RENDIMENTOS =** R\$**7. CONDIÇÕES DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Há alguma pessoa, no grupo familiar, com deficiência física, mental, sensorial (auditiva, visual) ou múltipla?

Decreto 3.298/99 ( ) Não ( ) Sim. Especifique abaixo:

NOME	PARENTESCO	TIPO DA DOENÇA	DESPESA MENSAL
			R\$
			R\$

Há alguma pessoa, no grupo familiar, com doenças crônicas, tais como: pulmonar, renal, neurológica, cardíaca, câncer, sanguínea, AIDS etc.? ( ) Não ( ) Sim. Especifique abaixo:

NOME	PARENTESCO	TIPO DA DOENÇA	DESPESA MENSAL
			R\$
			R\$

**8. CONDIÇÕES DE MORADA**( ) Casa ( ) Apartamento **Próprio**( ) Casa ( ) Apartamento **Alugado**( ) Casa ( ) Apartamento **Financiado**( ) Casa ( ) Apartamento **Cedido** Proprietário:**9. EDUCAÇÃO**

(Despesa mensal referente a outros membros do grupo familiar que estudam em instituições particulares).

NOME	PARENTESCO	INSTITUIÇÃO DE ENSINO	VALOR DA MENSALIDADE
			R\$
			R\$
			R\$
<b>TOTAL DAS DESPESAS MENSAS</b>			<b>R\$</b>

10. DESPESAS MENSAIS BÁSICAS DO GRUPO FAMILIAR (Apresentar cópia do último comprovante)			
DESPESAS	VALOR MENSAL	DESPESAS	VALOR MENSAL
Água	R\$	Gás	R\$
Energia Elétrica	R\$	Medicamentos (uso contínuo)	R\$
Telefone Residencial	R\$	Plano de Saúde	R\$
Telefone Celular	R\$	Educação	R\$
Financ./Consórcio Auto	R\$	Transporte Escolar	R\$
IPVA (rateado)	R\$	Pensão Alimentícia (paga)	R\$
Financ./Consórcio Imóvel	R\$	Imposto de Renda	R\$
Condomínio	R\$	INSS (autônomo e/ou folha)	R\$
Aluguel	R\$	Seguros Diversos	R\$
IPTU / Bombeiro (rateado)	R\$	TV por Assinatura	R\$
Alimentação (valor aproximado)	R\$	Internet	R\$
Outras Despesas	R\$	Especifique:	
Possui Empregados(as) Domésticos(as)	<input type="checkbox"/> Sim. Quantos? R\$		
	<input type="checkbox"/> Não		
<b>TOTAL DAS DESPESAS MENSAIS</b>			<b>R\$</b>

11. COMPROVAÇÃO DE BENS PATRIMONIAIS			
BENS IMÓVEIS (casa, apartamento, sala comercial, casa de praia, lote urbano, lote rural, chácara, fazenda etc.)			
DESCRIÇÃO (próprio ou financiado)	LOCALIZAÇÃO		VALOR (R\$)
VEÍCULOS (automóvel, caminhão, moto, reboque etc.)			
DESCRIÇÃO (próprio ou financiado)	MODELO/ANO	PLACA	VALOR (R\$)
OUTROS:			
DESCRIÇÃO			VALOR (R\$)
<b>TOTAL DOS BENS PATRIMONIAIS</b>			<b>R\$</b>

Declaro que os dados acima apresentados são verdadeiros e autorizo a Instituição a designar e averiguar a presente informação. Estou ciente de que a Bolsa de Estudo, eventualmente concedida, poderá ser cancelada a qualquer tempo, em caso de constatação de falsidade da informação prestada ou de inidoneidade de documento apresentado, sem prejuízo das demais sanções cíveis e penais cabíveis.

Recife, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do Responsável Financeiro**  
 (de acordo com Documento de Identidade)

