

**À ASSOCIAÇÃO DAS RELIGIOSAS DA INSTRUÇÃO CRISTÃ
FACULDADE DAMAS DA INSTRUÇÃO CRISTA**

Foto do(a) estudante 3x4

Foto do(a) responsável financeiro 3x4
--

Recebido em ____/____/20____ Assinatura (uso exclusivo da faculdade)

Avaliação: _____
(uso exclusivo da faculdade)

Nº Proc.: _____

REQUERIMENTO DE CONCESSÃO DE BENEFÍCIO

Eu, _____, CPF _____, responsável financeiro do estudante _____, que em 2021 cursará _____ período/ano/série, regularmente qualificado na Ficha Socioeconômica anexa, venho requerer a concessão do benefício em favor, pelas seguintes razões
(justificativa do pedido):

FICHA SOCIOECONÔMICA 2021

DADOS GERAIS

1. IDENTIFICAÇÃO DO(A) ESTUDANTE			
Série:	Turno:	Matrícula:	
Nome Completo:			
Data de Nascimento:		Sexo: () Masculino () Feminino	
Endereço:		Nº	Complemento:
Bairro:	Cidade:	Estado:	
Telefone ()	Celular ()	CEP:	
Autodeclaração de cor/raça: () Preto () Branco () Amarelo () Pardo () Indígena			
Com quem o(a) aluno(a) reside: () Pai e Mãe () Pai () Mãe () Outros.			
Especifique:			

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\$

TOTAL DAS DESPESAS MENSAIS R\$

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		

	TOTAL DAS DESPESAS MENSAIS R\$
--	---------------------------------------

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\$)
TOTAL DOS BENS PATRIMONIAIS R\$			

Declaro que os dados acima apresentados são verdadeiros e autorizo a Instituição a designar e averiguar a presente informação. Declaro ainda que os dados apresentados não divergem de informações prestadas às autoridades fiscais. 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)