



ASSOCIAÇÃO EDUCACIONAL AUXILIADORA
COLÉGIO SANTA MARIA MAZZARELLO – RECIFE/PE
PROCESSO SELETIVO – BOLSAS FILANTRÓPICAS
FICHA SOCIOECONÔMICA 2026

Nº do Protocolo

1- IDENTIFICAÇÃO DO(A) ALUNO(A)

Nome do(a) aluno(a) completo (sem abreviações)	Idade
--	-------

Endereço completo	Bairro
-------------------	--------

Turno Série Classificação Novato Veterano

Nome completo do pai (sem abreviações)	Idade:	
	Telefone celular:	
	E-mail:	
RG	CPF	Reside com o(a) aluno(a)? () Sim () Não
Ocupação:		

Nome completo da mãe (sem abreviações)	Idade:	
	Telefone celular:	
	E-mail:	
RG	CPF	Reside com o(a) aluno(a)? () Sim () Não
Ocupação:		

Nome completo do(a) responsável financeiro (sem abreviações)	Idade:	
	Telefone celular:	
	E-mail:	
RG	CPF	Reside com o(a) aluno(a)? () Sim () Não
Ocupação:		
Grau de parentesco:		

2 – DADOS DO GRUPO FAMILIAR

Renda Bruta Familiar (valor sem descontos de empréstimos ou INSS).	Quantidade de membros que residem na mesma residência contando com o (a) aluno (a):	Renda per capita (Dividir o valor da renda bruta familiar pela quantidade de membros).
--	---	--

Situação conjugal dos pais Casados Separados Viúvo Outros _____

Residência Própria Cedida Alugada Financiada Valor

Tem veículo? () Sim () Não	Quantos? <input type="text"/>	Financiado? () Sim () Não	Valor da prestação <input type="text"/>
Modelo <input type="text"/>		Ano <input type="text"/>	

Outro membro estuda em instituição particular? () Sim () Não	Valor da mensalidade R\$ <input type="text"/>
Qual Instituição? <input type="text"/>	

Algun membro é beneficiado pelo PROUNI ou Financiamento estudantil – FIES? Sim Não

A família recebe benefício social? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Bolsa família <input type="checkbox"/> BPC <input type="checkbox"/> Outro	Valor: <input type="text"/>
A família é inscrita no CAD/ÚNICO? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Número do NIS: <input type="text"/>	

Reside alguma pessoa idosa? () Sim () Não Aposentado(a)? () Sim () Não Valor da aposentadoria?

Reside alguma pessoa com deficiência? () Sim () Não	<input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Mental
	<input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Múltipla <input type="checkbox"/> Outros

Algun membro da família possui doença grave? () Sim () Não Qual doença?

3 – INFORMAÇÕES SOBRE OS MEMBROS QUE RESIDEM COM O(A) ALUNO(A)

NOME	PARENTESCO	ESTADO CIVIL	DATA DE NASCIMENTO	IDADE	ESCOLARIDADE	ATIVIDADE	ISENTO DE IMPOSTO DE RENDA	RENDA MENSAL BRUTA
							() Sim () Não	
							() Sim () Não	
							() Sim () Não	
							() Sim () Não	
							() Sim () Não	
							() Sim () Não	
							() Sim () Não	
							() Sim () Não	
							() Sim () Não	
							() Sim () Não	
							() Sim () Não	
							() Sim () Não	
							() Sim () Não	
							() Sim () Não	
							SOMA DOS RENDIMENTOS	

4 - DESPESAS MENSAS DA FAMÍLIA (VALOR MÉDIO - R\$)

Alimentação	Água	Luz	Transporte	Medicamento	Plano de saúde	Outras despesas
-------------	------	-----	------------	-------------	----------------	-----------------

- Os(as) candidatos(as) serão classificados na ordem crescente de renda per capita apresentada (perfil econômico) e perfil social do grupo familiar, levando em conta a qualidade de vida do grupo doméstico que faz parte, incluindo análise patrimonial.
- A bolsa de estudo poderá ser cancelada a qualquer tempo, em caso de constatação de falsidade da informação prestada pelo bolsista ou seu responsável, ou de inidoneidade de documento apresentado, sem prejuízo das demais sanções cíveis e penais cabíveis.

Declaro estar ciente de que a falsidade nas informações acima implicará nas penalidades cíveis e penais cabíveis, além da perda do benefício concedido, e obrigações de ressarcimento dos valores correspondentes à bolsa de estudos concedidas e impedimento de participar de futuras seleções.

Declaro que as informações apresentadas neste formulário são verdadeiras e de minha inteira responsabilidade, e permito caso necessário, a visita em minha residência pelo assistente social da Instituição.

Recife/PE, ____ de _____ de 2025.

Assinatura do(a) responsável