

**FICHA DE AVALIAÇÃO SOCIOECONÔMICA PARA SOLICITAÇÃO  
DE BOLSA DE ESTUDOS – EDITAL 004/2023 – DR GOIÁS**

**1. DADOS PESSOAIS DO ALUNO (A):**

ALUNO (A): \_\_\_\_\_

DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO: MASCULINO ( ) FEMININO ( )

ESTUDA EM ESCOLA: ( ) Sesi ( ) PÚBLICA ( ) PRIVADA ( ) NÃO ESTUDA

ESCOLARIDADE: \_\_\_\_\_

**2. DADOS PESSOAIS DOS PAIS:**

PAI: \_\_\_\_\_

DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_

**GRAU DE INSTRUÇÃO:**

ENSINO FUNDAMENTAL: COMPLETO ( ) INCOMPLETO ( )

ENSINO MÉDIO: COMPLETO ( ) INCOMPLETO ( )

ENSINO SUPERIOR: COMPLETO ( ) INCOMPLETO ( )

ESPECIALIZAÇÃO: COMPLETO ( ) INCOMPLETO ( )

TELEFONE PARA CONTATO: RESIDENCIAL \_\_\_\_\_ CELULAR \_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_

MÃE: \_\_\_\_\_

DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_

**GRAU DE INSTRUÇÃO:**

ENSINO FUNDAMENTAL: COMPLETO ( ) INCOMPLETO ( )

ENSINO MÉDIO: COMPLETO ( ) INCOMPLETO ( )

ENSINO SUPERIOR: COMPLETO ( ) INCOMPLETO ( )

ESPECIALIZAÇÃO: COMPLETO ( ) INCOMPLETO ( )

TELEFONE PARA CONTATO: RESIDENCIAL \_\_\_\_\_ CELULAR \_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_

### 3. DADOS PESSOAIS DO RESPONSÁVEL LEGAL

RESPONSÁVEL LEGAL: \_\_\_\_\_

DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO: MASCULINO ( ) FEMININO ( )

ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

#### GRAU DE INSTRUÇÃO:

ENSINO FUNDAMENTAL: COMPLETO ( ) INCOMPLETO ( )

ENSINO MÉDIO: COMPLETO ( ) INCOMPLETO ( )

ENSINO SUPERIOR: COMPLETO ( ) INCOMPLETO ( )

ESPECIALIZAÇÃO: COMPLETO ( ) INCOMPLETO ( )

TELEFONE PARA CONTATO: RESIDENCIAL \_\_\_\_\_ CELULAR \_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_

TRABALHADOR/A DA INDÚSTRIA: ( ) SIM ( ) NÃO

SE SIM: EMPRESA: \_\_\_\_\_ DADOS CARTEIRA DE TRABALHO: \_\_\_\_\_

### 4. SITUAÇÃO DE MORADIA DA FAMÍLIA:

( ) CASA PRÓPRIA

( ) CASA FINANCIADA

( ) CASA ALUGADA

( ) CASA CEDIDA

( ) OUTROS: \_\_\_\_\_

TIPO DE MORADIA: ( ) ALVENARIA, ( ) MADEIRA, ( ) MISTA, ( ) OUTROS: \_\_\_\_\_

QUANTIDADE DE CÔMODOS: \_\_\_\_\_ SALA ( ) COZINHA ( ) QUARTO ( ) BANHEIRO ( ) SALA DE JANTAR ( )

## 5. SITUAÇÃO SOCIOECONÔMICA

ESPECIFIQUE A SITUAÇÃO DE TRABALHO DE CADA MEMBRO DO GRUPO FAMILIAR

NOME	IDADE	PARENTESCO	PROFISSÃO ATIVIDADE	ESTADO CIVIL	ESCOLARIDADE	RENDABRUTAMESAL (R\$)
Renda Total Familiar em Reais						

### RENDAGREGADA:

- ( ) PENSÃO ALIMENTÍCIA R\$ \_\_\_\_\_
- ( ) AJUDA DE FAMILIARES R\$ \_\_\_\_\_
- ( ) TRABALHO INFORMAL R\$ \_\_\_\_\_
- ( ) RECEBE ALUGUEL R\$ \_\_\_\_\_
- ( ) AUXÍLIO BRASIL R\$ \_\_\_\_\_
- ( ) NÃO POSSUI RENDA AGREGADA R\$ \_\_\_\_\_

**TOTAL DA RENDA FAMILIAR AGREGADA EM REAIS** R\$ \_\_\_\_\_

**SUA FAMÍLIA É ATENDIDA POR UM OU MAIS PROGRAMAS DE TRANSFERÊNCIA DE RENDA, ASSINALE ABAIXO QUAIS:**

- ( ) AUXÍLIO BRASIL ( ) BPC - BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA  
( ) OUTROS: \_\_\_\_\_

**QUANTAS PESSOAS, INCLUINDO VOCÊ, VIVEM DA RENDA MENSAL DE SUA FAMÍLIA?** \_\_\_\_\_

**PESSOAS DO SEU GRUPO FAMILIAR QUE ESTUDAM NO SESI OU EM OUTRAS INSTITUIÇÕES PARTICULARES E PAGAM A MENSALIDADE**

Instituição	Nome do membro familiar	Valor da mensalidade

**POSSUI VEÍCULO AUTOMOTOR?**

- ( ) SIM  
( ) NÃO

**EM CASO AFIRMATIVO, ESPECIFICAR:**

Marca/Modelo	Ano de fabricação	Comercial/Passeio	Valor (R\$)	Valor Anual IPVA

**POSSUI ALGUMA PROPRIEDADE?**

( ) SIM ( ) NÃO

Em caso afirmativo relacionar:

( ) ZONA URBANA ( ) ZONA RURAL

DIMENSÃO ÁREA (hectares): \_\_\_\_\_

**QUAL A SITUAÇÃO DE SAÚDE NA FAMÍLIA?**

EXISTE ALGUÉM NA FAMÍLIA COM PROBLEMAS PERMANENTES DE SAÚDE? ( ) SIM ( ) NÃO

EM CASO AFIRMATIVO, QUAL O MEMBRO DA FAMÍLIA? \_\_\_\_\_

QUAL É O TIPO DE DOENÇA? (pulmonar, sanguínea, renal, Câncer, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), neurológica, cardíaca, psicológica, outras): \_\_\_\_\_

EXISTE ALGUÉM NA FAMÍLIA QUE ESTÁ EM TRATAMENTO MÉDICO? ( ) Sim ( ) Não

EM CASO AFIRMATIVO, QUAL O MEMBRO DA FAMÍLIA? \_\_\_\_\_

FAZ USO CONTINUO DE ALGUM MEDICAMENTO? ( ) Sim ( ) Não

EM CASO AFIRMATIVO, COMO É ADQUIRIDO ESSE MEDICAMENTO? \_\_\_\_\_

EXISTE ALGUÉM COM NECESSIDADES ESPECIAIS NA FAMÍLIA? ( ) Sim ( ) Não

EM CASO AFIRMATIVO, QUAL O MEMBRO DA FAMÍLIA?

\_\_\_\_\_

EM CASO AFIRMATIVO, QUAL A NECESSIDADE ESPECIAL?

\_\_\_\_\_

**DESPESAS BÁSICAS MENSAIS:**

ASSINALE E ESPECIFIQUE OS VALORES:

( ) ALUGUEL R\$ \_\_\_\_\_

( ) CONDOMÍNIO R\$ \_\_\_\_\_

( ) ÁGUA R\$ \_\_\_\_\_

( ) LUZ R\$ \_\_\_\_\_

( ) TELEFONE R\$ \_\_\_\_\_

( ) FINANCIAMENTO DE CASA PRÓPRIA R\$ \_\_\_\_\_

( ) GASTOS COM TRANSPORTE ESCOLAR R\$ \_\_\_\_\_

( ) PLANO DE SAÚDE R\$ \_\_\_\_\_

( ) SEGUROS R\$ \_\_\_\_\_

( ) OUTRAS DESPESAS COM SAÚDE R\$ \_\_\_\_\_

( ) OUTRO TIPO DE FINANCIAMENTO R\$ \_\_\_\_\_

**TOTAL DOS GASTOS** R\$ \_\_\_\_\_

## TERMO DE RESPONSABILIDADE

Responsabilizo-me pelas informações aqui prestadas e declaro estar ciente que, a qualquer tempo, em caso de constatação de falsidade delas ou da inidoneidade dos documentos apresentados, o benefício a mim concedido será imediatamente cancelado, sem prejuízo das demais sanções cíveis e penais cabíveis.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Nome do Requerente

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Requerente