# Província Brasileira da Congregação das Irmãs Filhas da Caridade de São Vicente de Paulo – Província de Curitiba

Entidade Filantrópica - CNAS 035.261/52 - CNPJ 76578137/0001-90

Avenida Manoel Ribas, 02, CEP: 80510-020 – Curitiba/PR Telefone: (41) 3221-7000 e-mail provincia@provinciacuritiba.com.br site: [www.filhasdacaridade.com.br](http://www.filhasdacaridade.com.br/)

**Entidade mantida: ESCOLA VICENTINA NOSSA SENHORA DAS MERCÊS**

**CNPJ: 76.578.137/0048-53**

# FORMULÁRIO DE INFORMAÇÕES SOCIOECONÔMICAS PROCESSO SELETIVO PARA CONCESSÃO DE BOLSA – ANO LETIVO 2026

*Todos os campos devem ser obrigatoriamente preenchidos, com penalidade de desclassificação automática do processo.*

# 1 - INFORMAÇÕES DO(A) ESTUDANTE

Nome: CPF: Nascimento: / /

Sexo: Masculino ( ) Feminino (\_) Reside com: os pais ( ) a mãe ( ) o pai ( )

Se outros, indique quem: Fone(s): Celular:

Já é aluno/a nesta Instituição Educacional Vicentina: SIM ( ) NÃO ( ) Ano/período Turma Escola de origem: Pública ( ) Privada ( ) Tem irmã/irmão que estuda nesta Instituição Educacional Vicentina: SIM ( ) NÃO ( ) - Se sim, indique o nome e a turma De acordo com a cor da pele, como você considera o/a estudante:

( ) Branco/a ( ) Pardo/a ( ) Negro/a ( ) Amarelo/a (oriental) ( ) Outra, qual? **2 - COMPOSIÇÃO FAMILIAR: (Membros que residem na mesma casa em que o/a estudante, iniciando por ele/ela).**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nome** | **Idade** | **Estado civil** | **Grau de parentesco** | **Escolaridade** | **Profissão** | **Renda** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **TOTAL DA RENDA** |  |

# - DADOS SÓCIOECONÔMICOS DA FAMÍLIA:

* 1. **Filiação 1:** Escolaridade: Data de nascimento: / / naturalidade: RG CPF e-mail: Endereço Residencial: Rua .nº Bairro: CEP: Cidade: Celular: Profissão: Trabalho: Autônomo ( ) Com Vínculo/registrado ( ) Desempregado ( )

Local de Trabalho: Remuneração Mensal: R$ . Se autônomo, declare a ocupação , MEI ( ) ME ( ) **ou outra modalidade de negócio próprio ( ) qual?** qual a renda? R$ .

Outras Rendas: Advinda de: ( )Aluguéis ( )Poupança ( ) Ações ( )Pensão alimentícia ( ) Pensão por morte, Outros:

* 1. **Filiação 2:** Escolaridade: Data de nascimento: / / naturalidade: RG CPF e-mail: Endereço Residencial: **(NÃO PREENCHER ESTE CAMPO, CASO SEJA O MESMO ENDEREÇO DA FILIAÇÃO 1):**

Rua: nº Bairro: CEP:

 Cidade: Celular: Profissão:

**Trabalho**: Autônomo ( ) Com Vínculo/registrado ( ) Desempregado ( )

Local de Trabalho: Remuneração Mensal: R$ . Se autônomo, declare a ocupação , MEI ( ) ME ( ) **ou outra modalidade de negócio próprio ( ) qual?** qual a renda? R$ .

Outras Rendas: Advinda de: ( )Aluguéis ( )Poupança ( ) Ações ( )Pensão alimentícia ( ) Pensão por morte, Outros:

# - RESPONSÁVEL FINANCEIRO (quando o responsável for avó, avô, padrasto, madrasta, tio/a, outros)

**NOME** CPF:

Grau de parentesco Celular

email: Profissão

**Trabalho**: Autônomo ( ) Com Vínculo/registrado ( ) Desempregado ( )

Local de Trabalho: Remuneração Mensal: R$ . Se autônomo, declare a ocupação , MEI ( ) ME ( ) **ou outra modalidade de negócio próprio ( ) qual?** qual a renda? R$ .

Outras Rendas: Advinda de: ( )Aluguéis ( )Poupança ( ) Ações ( )Pensão alimentícia ( ) Pensão por morte, Outros:

#  QUANTO A MORADIA DO GRUPO FAMILIAR EM ANÁLISE:

Casa própria ( ) Alugada ( ) **Cedida (emprestada) ( )**[**1**](#_bookmark0)Financiada ( )

A quanto tempo residem no local: Se alugada/financiada, custo mensal:

1. **POSSUI AUTOMÓVEL?** (Carro ou Moto) Sim ( ) Não ( ) Modelo: Marca: Ano:

**Financiado:** Sim ( ) Não ( ) Valor mensal: nº de parcelas a vencer:

# DESPESAS MENSAIS:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Água | R$ | Medicamento-uso contínuo | R$ | Aluguel | R$ |
| Luz | R$ | Empréstimobancário | R$ | Financiamentocasa | R$ |
| TelefoneFixo/Celular | R$ | Transporte/ Combustível | R$ | Condomínio | R$ |
| Alimentação | R$ | Financiamentoveículo | R$ | Plano deSaúde | R$ |
| Educação | R$ | Cartões decrédito | R$ | Outros(especificar) | R$ |
| Vestuário | R$ | Lazer/cultura | R$ | Viagens/passeios | R$ |
| **SOMA DAS DESPESAS MENSAIS:** | **R$** |
| **RENDA PER CAPITA**[**2**](#_bookmark1)**Campo reservado para uso da Assistente Social ANEXO I – Planilha Cálculo Rendimento Familiar** | **R$** |

1. **HÁ DESPESAS COM DOENÇAS** que necessitam de tratamento contínuo? Sim ( ) Não ( )

Se sim, indique quem é:

* 1. **HÁ PESSOAS COM DEFICIÊNCIA DE ALGUM INTEGRANTE DA FAMÍLIA?** Sim ( ) Não ( )

Se sim, indique quem é: necessita de tratamento? Sim ( ) Não ( )

# BENEFÍCIOS ASSISTENCIAIS/ E OU PROGRAMAS DE TRANSFERÊNCIA DE RENDA

Está inscrito/a no Cadastro Único: **sim ( ) não ( ),** se sim, informe o número do seu NIS: **(preenchimento obrigatório)**

Indique quais benefícios você recebe: ( ) Baixa renda luz ( ) Baixa renda água ( ) Programa do Leite ( ) Bolsa Família ( ) BPC ( ) Não Recebe outros:

1 Neste caso, é necessário anexar declaração devidamente assinada pela pessoa que cede o imóvel.

2 Para apuração da renda per capita, observar o que diz o Artigo 12 da Portaria Normativa nº 15/2017 do MEC, sobretudo, o que diz o parágrafo 3º desse artigo.

Declaro estar ciente que, se apurada e constatada a falsidade das informações prestadas, ou inidoneidade de documentos apresentados, isso implicará no cancelamento imediato do benefício concedido, em conformidade ao § 2o do Art. 26 da Lei Complementar nº 187/2021.

 , , , 20

Nome do Responsável Legal:

CPF:

**Assinatura do Responsável Legal**