

REQUERIMENTO DE CONCESSÃO DE BENEFÍCIO - 2026

REQUERIMENTO DE CONCESSÃO DE BENEFÍCIO

Eu, _____, CPF _____

Responsável pelo(a) estudante _____, que em
2026 cursará _____, venho requerer a concessão de uma bolsa de
estudos pelas seguintes razões **(justificativa do pedido)**:

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) Responsável Legal

FICHA SOCIOECONÔMICA - 2026

1. IDENTIFICAÇÃO DO(A) ALUNO(A)

Nome Completo:

Data de Nascimento: / /

Idade:

Sexo: () Masculino () Feminino

Auto declaração de cor/raça: () Branca () Negra () Amarela () Parda () Indígena

Série em 2025:

Com quem o(a) estudante reside: () Pai e Mãe () Pai () Mãe () Outros. Especifique: _____

2. IDENTIFICAÇÃO DO PAI DO(A) ALUNO(A)(se presente preencher tudo, caso contrário só o nome)

Situação do pai: () Presente () Falecido () Separado () Outros

Nome Completo:

Data de nascimento:

Naturalidade:

RG:

Órgão emissor:

CPF:

Escolaridade:

Profissão:

Estado Civil: () Solteiro () Casado () Divorciado () União Estável () Convivente () Outro

Telefone fixo:

Telefone celular:

E-mail:

Situação de trabalho atual: () Proprietário () Empregado () Desempregado () Autônomo () Aposentado

Empresa que trabalha:

Função/Ocupação Atual:

Renda Bruta Mensal: R\$

Se desempregado, há quanto tempo:

3. IDENTIFICAÇÃO DA MÃE DO(A) ALUNO(A)(se presente preencher tudo, caso contrário só o nome)

Situação da mãe: () Presente () Falecida () Separada () Outros

Nome Completo:

Data de nascimento:

Naturalidade:

Escolaridade:

Profissão:

Estado Civil: () Solteira () Casada () Divorciada () União Estável () Convivente () Outro

Telefone fixo:

Telefone celular:



E-mail:			
Situação de trabalho atual: () Proprietária () Empregada () Desempregada () Autônoma () Aposentada			
Empresa que trabalha:			
Função/Ocupação Atual:		Renda Bruta Mensal: R\$	
Se desempregado, há quanto tempo:			
4. IDENTIFICAÇÃO DE OUTRO RESPONSÁVEL			
() avô/avô () madrastra/padrasto () irmã/irmão mais velho () outro parente			
Nome Completo:			
Data de nascimento:		Naturalidade:	
RG:	Órgão emissor:	CPF:	
Escolaridade:		Profissão:	
Estado Civil: () Solteiro () Casado () Divorciado () União Estável () Convivente () Outro			
Telefone fixo:		Telefone celular:	
E-mail:			
Situação de trabalho atual: () Proprietário () Empregado () Desempregado () Autônomo () Aposentado			
Empresa que trabalha:			
Função/Ocupação Atual:		Renda Bruta Mensal: R\$	
Se desempregado(a), há quanto tempo:			
Telefone fixo:			
Imóvel de moradia: () próprio () alugado () cedido, por quem? _____			
5. 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 fixo	R\$	Plano de Saúde	R\$
Financiamento /Consórcio Automóvel	R\$	Educação (Escola, Faculdade, Curso)	R\$
Financiamento/ Consórcio Imóvel	R\$	TV por assinatura e Internet	R\$
Condomínio	R\$	Alimentação (valor aproximado)	R\$
Aluguel	R\$	IPTU / Bombeiro	R\$
Possui Empregados (as) Domésticos(as) () Sim. Quantos? _____ R\$ () Não			



TOTAL DAS DESPESAS MENSAIS R\$

6. COMPOSIÇÃO DO GRUPO FAMILIAR: mãe/pai, madrasta/padrasto, cônjuge/companheiro, filho(a)/enteado(a), irmão(ã), avó/avô, residentes na mesma moradia do(a) aluno(a).

Nº	NOME	PARENTESCO (com aluno (a))	IDADE	PROFISSÃO/ OCUPAÇÃO	RENDA BRUTA
TOTAL DE PESSOAS NO GRUPO FAMILIAR			TOTAL DA RENDA FAMILIAR BRUTA		

7. OUTROS RENDIMENTOS: Possui renda complementar, tais como: Bolsa família, Bolsa escola, Pensão Alimentícia, Pensão por Morte, Benefício Previdenciário, Ajuda de familiares, recebimento de aluguel, etc.? () Sim () Não

Recebimento de aluguel	R\$
Recebimento de pensão alimentícia (judicial ou acordada)	R\$
Recebimento de pensão por morte	R\$
Bolsa Família/ Bolsa Escola	R\$
Benefício de Prestação Continuada	R\$
Ajuda de familiares	R\$

8. CONDIÇÕES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Há alguém no grupo familiar em **tratamento médico**? **Doença crônica**? (pulmonares, renais, câncer, sanguíneas, neurológicas, cardíacas, outras) **Deficiência**? (física, mental, sensorial - auditiva, visual – múltipla/Conforme Decreto 3.298/99).

Se sim, descreva abaixo:() Sim () Não

NOME	PARENTESCO	DOENÇA	DEFICIÊNCIA	GASTO MENSAL R\$

9. EDUCAÇÃO (Despesa mensal referente a outros membros do grupo familiar que estudam na rede privada de ensino).

NOME	PARENTESCO	ESCOLA/FACULDADE/CURSO

Declaro, sob as penas da lei, serem verdadeiros os dados fornecidos neste formulário e idôneos os documentos que o acompanham, afirmo ciente de que a falsidade ou divergência nas informações aqui contidas constitui crime de falsidade ideológica, conforme Código Penal Brasileiro, Art.299 do decreto-lei 2.848/1940, e acarretará o indeferimento sumário do pedido ou a suspensão do benefício, caso tenha sido concedido. Garanto ainda ter conhecimento do conteúdo dos procedimentos e critérios para concessão da Bolsa de Estudo do **Colégio Nossa Senhora da Conceição** para o ano letivo de 2026.

Salvador, ____ de _____ de ____.

Assinatura do Responsável Legal