

**VARGINHA/MG ANO: 2025**  
**Edital AFB 001/2024**

FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO SOCIOECONÔMICA

PROCESSO Nº...../2025  
(para uso do Colégio)

**PREZADO(A) RESPONSÁVEL**, esclarecemos que este Formulário somente será avaliado com todas as informações preenchidas (**colocar um traço nos espaços em que não tiver resposta**), **DATADO, ASSINADO, SEM RASURAS E ENTREGUE NO PRAZO DETERMINADO, COM TODOS OS DOCUMENTOS SOLICITADOS DENTRO DE ENVELOPE LACRADO CONTENDO NOME COMPLETO DO(A) CANDIDATO(A).**

**ATENÇÃO: NÃO OBSERVADO O ITEM ANTERIOR, O PEDIDO PODERÁ SER INDEFERIDO.**  
**PREENCHER FORMULÁRIO COM LETRA LEGÍVEL.**

Comissão Gestora de Bolsas de Estudo.

### 1. INFORMAÇÕES PRELIMINARES

**NOME COMPLETO DO(A) ALUNO(A)/CANDIDATO(A) à bolsa de estudo assistencial:**

**CPF:** \_\_\_\_\_

IDADE: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ Possui CadÚnico<sup>1</sup>: [ ] NÃO [ ] SIM

Série/Ano cursado em 2024: \_\_\_\_\_ Nível de Ensino: \_\_\_\_\_ Turma: \_\_\_\_\_

**Aluno(a)/Candidato(a) possui deficiência(s)?** [ ] NÃO [ ] SIM **Qual(is)?** \_\_\_\_\_

**Possui laudo médico?** [ ] NÃO [ ] SIM **Realiza Atendimento Educacional Especializado (AEE)?** [ ] NÃO [ ] SIM

**Caso não seja aluno(a)/ candidato(a) do Colégio dos Santos Anjos, em 2024, informar o nome da escola de origem:**

[ ] Escola Pública ou [ ] Escola Particular - Possui Bolsa de Estudos? [ ] NÃO [ ] SIM Qual Percentual? \_\_\_\_ %

### 2. RESPONSÁVEL FINANCEIRO pelo(a) aluno(a)/candidato(a) - Deverá, obrigatoriamente, morar na mesma casa do(a) aluno(a)/candidato(a)

Nome: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Grau de parentesco [ ] PAI [ ] MÃE [ ] OUTRO: ..... CPF: \_\_\_\_\_

Telefone residencial: \_\_\_\_\_ Telefone Celular: \_\_\_\_\_

Endereço Residencial: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_ Ocupação profissional: \_\_\_\_\_ Renda Mensal Bruta: \_\_\_\_\_

Empresa na qual trabalha: \_\_\_\_\_ Função: \_\_\_\_\_

Endereço Comercial: \_\_\_\_\_

Telefone Comercial: ( ) \_\_\_\_\_

Possui outra(s) fonte(s) de Renda? [ ] NÃO [ ] SIM Qual(is)? \_\_\_\_\_ Valor Total Bruto (R\$): \_\_\_\_\_

Declara Imposto de Renda? [ ] NÃO [ ] SIM

### 3. RESPONSÁVEL ACADÊMICO

Nome: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Grau de parentesco [ ] PAI [ ] MÃE [ ] OUTRO: ..... CPF: \_\_\_\_\_

Telefone residencial: \_\_\_\_\_ Telefone Celular: \_\_\_\_\_

Endereço Residencial: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_ Ocupação profissional: \_\_\_\_\_ Renda Mensal Bruta: \_\_\_\_\_

Empresa na qual trabalha: \_\_\_\_\_ Função: \_\_\_\_\_

Endereço Comercial: \_\_\_\_\_

Telefone Comercial: ( ) \_\_\_\_\_

Possui outra(s) fonte(s) de Renda? [ ] NÃO [ ] SIM Qual(Is)? \_\_\_\_\_ Valor Total Bruto (R\$): \_\_\_\_\_

Declara Imposto de Renda? [ ] NÃO [ ] SIM

<sup>1</sup> O CADÚNICO - O Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal é um instrumento que identifica e caracteriza as famílias de baixa renda, permitindo que o governo conheça melhor a realidade socioeconômica dessa população. Nele são registradas informações como: características da residência, identificação de cada pessoa, escolaridade, situação de trabalho e renda, entre outras. O Cadastro Único está regulamentado pelo Decreto nº 11.016, de 29 de março de 2022. O CadÚnico deverá ser atualizado a cada 02 (dois) anos no CRAS – Centro de Referência de Assistência Social ou setor responsável pelo Cadastro Único da cidade da pessoa inscrita.

4. INFORMAÇÕES SOBRE A COMPOSIÇÃO FAMILIAR - TODOS que residem no imóvel, inclusive o(a) aluno(a)

Nº	NOME	PARENTESCO com o(a) aluno(a)/candidato(a)	IDADE	ESCOLARIDADE	TRABALHA	OCUPAÇÃO PROFISSIONAL (informar todas as atividades que geram renda)	RENDA MENSAL BRUTA TOTAL (R\$)
1		aluno(a)/candidato(a)			[ ] NÃO [ ] SIM		
2					[ ] NÃO [ ] SIM		
3					[ ] NÃO [ ] SIM		
4					[ ] NÃO [ ] SIM		
5					[ ] NÃO [ ] SIM		
6					[ ] NÃO [ ] SIM		
7					[ ] NÃO [ ] SIM		
8					[ ] NÃO [ ] SIM		
9					[ ] NÃO [ ] SIM		
10					[ ] NÃO [ ] SIM		

**5. INFORMAÇÕES EDUCACIONAIS (Considerar todas as pessoas que residem no mesmo domicílio do(a) aluno(a) /candidato(a) ou tenham as suas despesas educacionais atendidas pela unidade familiar):**

Algum membro do grupo familiar, além do(a) aluno(a)/candidato(a), está matriculado no Colégio dos Santos Anjos?

NÃO  SIM

Nome: \_\_\_\_\_ Ano/Série em 2024: \_\_\_\_\_ Possui bolsa/desconto:  NÃO  SIM

Nome: \_\_\_\_\_ Ano/Série em 2024: \_\_\_\_\_ Possui bolsa/desconto:  NÃO  SIM

Nome: \_\_\_\_\_ Ano/Série em 2024: \_\_\_\_\_ Possui bolsa/desconto:  NÃO  SIM

Em 2024, algum membro do grupo familiar estudando em outra instituição de ensino?  NÃO  SIM

NOME	INSTITUIÇÃO (Colocar o nome)		BOLSA/DESC	VALOR PAGO
	<input type="checkbox"/> Ed Básica <input type="checkbox"/> Superior	<input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/> Privada	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	R\$ _____
	<input type="checkbox"/> Ed Básica <input type="checkbox"/> Superior	<input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/> Privada	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	R\$ _____
	<input type="checkbox"/> Ed Básica <input type="checkbox"/> Superior	<input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/> Privada	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	R\$ _____

**6. INFORMAÇÕES SOBRE A SITUAÇÃO HABITACIONAL:**

**A família reside em:**  Casa  Apartamento  Casa compartilhada  Vila operária  Outro. Especificar: \_\_\_\_\_

**Imóvel é:**  Próprio  Financiado  Alugado  Cedido  Ocupado - Se cedido, por quem? \_\_\_\_\_

**Quanto tempo reside no local?**  Menos de dois anos  De dois a cinco anos  Mais de cinco anos

**Localizado em:**  Zona urbana  Zona Rural

**Quantos cômodos?** \_\_\_\_\_

**Há outras moradias no mesmo terreno?**  Não  Sim, quantas? \_\_\_\_\_ - **Com vínculo familiar?**  Não  Sim

**Tipo de Moradia:**  Alvenaria  Outros, especificar: \_\_\_\_\_

**Qual característica melhor descreve a sua casa:**  Residência sem acabamento (sem reboco, ou pintura, ou piso etc)  
 Residência com acabamento  Outro: \_\_\_\_\_

**Acesso à energia elétrica:**  Sim, com medidor  Sim, com medidor compartilhado  Sim, sem medidor  Não possui

**Possui água canalizada:**  Não  Sim **Forma de abastecimento:**  Rede Geral de Distribuição  Poço ou Nascente  
 Água cedida  Cisterna de captação de águas da chuva  Carro pipa  Outra forma

**Coleta de Lixo:**  Sim, coleta direta (serviço público)  Sim, coleta indireta  Não possui coleta

**7. INFORMAÇÕES SOBRE A SITUAÇÃO SOCIOECONÔMICA DO GRUPO FAMILIAR**

**A família recebe alguma ajuda financeira?**  NÃO  SIM - De quem? \_\_\_\_\_ Valor: R\$ \_\_\_\_\_

**Recebe pensão alimentícia:**  NÃO  SIM - Valor: R\$ \_\_\_\_\_ **Possui Sentença Judicial:**  NÃO  SIM

**Recebe Bolsa Família:**  NÃO  SIM - Valor: R\$ \_\_\_\_\_ **Recebe BPC:**  NÃO  SIM - Valor: R\$ \_\_\_\_\_

**Em caso de trabalhadores formais, recebem auxílio alimentação, auxílio transporte, plano de saúde, auxílio creche, etc?**  NÃO  SIM - Quais e valores? \_\_\_\_\_

**Tipo de transporte utilizado pelo aluno(a)/candidato(a), normalmente, para ir e voltar da escola:**

A pé/bicicleta. Tempo gasto no trajeto: \_\_\_\_\_  De carona  Transporte próprio

Oferecido gratuitamente por Prefeituras e/ou Escola  Transporte coletivo. Gasto diário (ida e volta) R\$ \_\_\_\_\_

Transporte locado/van escolar. Gasto Mensal R\$ \_\_\_\_\_  Outro. Especificar: \_\_\_\_\_

**Gastos Saúde - Alguém do grupo familiar possui doença grave e/ou crônica, transtorno, síndrome, deficiência ou outros?**

NÃO  SIM

Nome do familiar	Tipo doença	Gastos mensais com medicamentos/tratamento
		<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Sim - R\$ _____
		<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Sim - R\$ _____
		<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Sim - R\$ _____

**PATRIMÔNIO FAMILIAR - ASSINALAR O QUE O GRUPO FAMILIAR POSSUI.**

<b>IMÓVEIS - (casa, apartamento, sala comercial, terreno, lote, área rural, etc). Informar inclusive a moradia do candidato caso esta seja própria ou financiada</b>	<b>Localização (endereço completo)</b>	<b>Valor de mercado</b>	<b>Gera renda mensal para o grupo familiar?</b>
		R\$ _____	[ <input type="checkbox"/> ]Não [ <input type="checkbox"/> ]Sim. R\$ _____
		R\$ _____	[ <input type="checkbox"/> ]Não [ <input type="checkbox"/> ]Sim. R\$ _____
		R\$ _____	[ <input type="checkbox"/> ]Não [ <input type="checkbox"/> ]Sim. R\$ _____
		R\$ _____	[ <input type="checkbox"/> ]Não [ <input type="checkbox"/> ]Sim. R\$ _____

<b>Veículos (carro, moto, caminhão, trator, motoneta, veículos aquáticos, etc) – especificar</b>	<b>Ano</b>	<b>Placa</b>	<b>Próprio, cedido, financiado, consórcio (quitado ou em pagamento) - especificar</b>	<b>Valor de mercado</b>	<b>Gera renda mensal para o grupo familiar?</b>
				R\$ _____	[ <input type="checkbox"/> ]Não [ <input type="checkbox"/> ]Sim. R\$ _____
				R\$ _____	[ <input type="checkbox"/> ]Não [ <input type="checkbox"/> ]Sim. R\$ _____
				R\$ _____	[ <input type="checkbox"/> ]Não [ <input type="checkbox"/> ]Sim. R\$ _____
				R\$ _____	[ <input type="checkbox"/> ]Não [ <input type="checkbox"/> ]Sim. R\$ _____

<b>OUTROS BENS / PATRIMÔNIO</b>	<b>Descrição</b>	<b>Valor de mercado</b>	<b>Gera renda mensal para o grupo familiar?</b>
		R\$ _____	[ <input type="checkbox"/> ]Não [ <input type="checkbox"/> ]Sim. R\$ _____
		R\$ _____	[ <input type="checkbox"/> ]Não [ <input type="checkbox"/> ]Sim. R\$ _____
		R\$ _____	[ <input type="checkbox"/> ]Não [ <input type="checkbox"/> ]Sim. R\$ _____
		R\$ _____	[ <input type="checkbox"/> ]Não [ <input type="checkbox"/> ]Sim. R\$ _____

**8. DESPESAS MENSAIS DO GRUPO FAMILIAR**

Aluguel: R\$	Mensalidade Escolar: R\$	Mensalidade universitária: R\$
Farmácia: R\$	Financiamento de veículo: R\$	INSS: R\$
Condomínio: R\$	Financiamento habitacional: R\$	Previdência privada: R\$
Água: R\$	Empregada diarista: R\$	Lazer: R\$
Energia elétrica: R\$	Empregada mensalista: R\$	Mensalidade Clube: R\$
Gás: R\$	Alimentação/limpeza/higiene: R\$	Transporte: R\$
Telefone fixo: R\$	Cursos(inglês, informática, etc): R\$	Combustível: R\$
Telefone celular: R\$	Médicos/Exames: R\$	Pensão Alimentícia: R\$
TV por assinatura: R\$	Dentista: R\$	Empréstimo: R\$
Internet: R\$	Seguro carro (anual): R\$	Material escolar (anual): R\$
Plano de saúde: R\$	Seguro vida: R\$	IPTU (anual): R\$
Outro (especificar): R\$	Outro (especificar): R\$	IPVA + taxas (anual): R\$

**9. UTILIZAR O CAMPO ABAIXO PARA DESCREVER O MOTIVO DA SOLICITAÇÃO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL EDUCACIONAL (se necessário, use uma folha e anexe ao formulário):**

**ESTE CAMPO TEM QUE SER OBRIGATORIAMENTE PREENCHIDO!**

**10. DO TRATAMENTO E PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS:**

Os dados pessoais, sensíveis ou não, coletados no processo de Renovação e Concessão de Bolsas de Estudo Assistenciais pela Associação Franco Brasileira, serão tratados em conformidade com a Lei 13.709/2018 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais, sempre visando o melhor interesse do(a) aluno(a) e com a finalidade de aferir se o(a) candidato(a) e seu núcleo familiar atendem aos critérios socioeconômicos, assegurando o cumprimento dos direitos dos titulares previstos no artigo 18 desta Lei. Os documentos e dados pessoais coletados serão eliminados após cumprirem os prazos legais previstos no Edital AFB 001/2024, resguardado o interesse público ou por determinação da autoridade nacional.

**11. DECLARAÇÃO:**

Declaro, para fins de direito, que as informações aqui prestadas são verdadeiras e que nenhuma informação foi omitida. Declaro, ainda, que estou ciente de que a inexactidão das informações dadas sujeitar-me-á às penalidades previstas nos artigos 171 e 299, ambos do Código Penal, bem como às penalidades previstas no artigo 26, da Lei Complementar nº 187/2021.

Declaro, ainda, que li e estou de acordo com os termos do Edital AFB 001/2024 da Associação Franco Brasileira e que autorizo a visita domiciliar, estando à disposição para entrevistas e outros esclarecimentos durante o Processo de Concessão de Bolsas ao longo do ano letivo. Estou ciente e concordo com o fornecimento dos meus dados socioeconômicos e dos membros do grupo familiar.

Por ser verdade, firmo a presente declaração em uma única via, para que produza todos os seus efeitos legais.

Varginha/MG, ..... de ..... de 2024.

**Assinatura do(a) Responsável Financeiro:** \_\_\_\_\_

**Nome legível do(a) Responsável Financeiro:** \_\_\_\_\_