

FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO SOCIOECONÔMICA

VARGINHA/MG ANO: 2026
Edital AFB 001/2026

PROCESSO N°...../2026
(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: _____

CPF: _____

IDADE: _____ **Data de Nascimento:** _____

Série/Ano cursado em 2026: _____ **Nível de Ensino:** _____ **Turma:** _____

Nº de matrícula se aluno(a) do Colégio dos Santos Anjos: _____

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 2026, 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		

4. INFORMAÇÕES SOBRE A COMPOSIÇÃO FAMILIAR - TODOS que residem no imóvel, inclusive o(a) aluno(a)/candidato(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 2026: _____ Possui bolsa/desconto: [] NÃO [] SIM Percentual (%): _____

Nome: _____ Ano/Série em 2026: _____ Possui bolsa/desconto: [] NÃO [] SIM Percentual (%): _____

Nome: _____ Ano/Série em 2026: _____ Possui bolsa/desconto: [] NÃO [] SIM Percentual (%): _____

Em 2026, algum membro do grupo familiar estudando em outra instituição de ensino? [] NÃO [] SIM

NOME	INSTITUIÇÃO (Colocar o nome)		BOLSA/DESC	VALOR PAGO
	[] Ed Básica [] Superior	[] Pública [] Privada	[] Não [] Sim	R\$ _____
	[] Ed Básica [] Superior	[] Pública [] Privada	[] Não [] Sim	R\$ _____
	[] Ed Básica [] Superior	[] Pública [] Privada	[] Não [] 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

A família possui CADÚNICO (Cadastro Único): [] 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
		[] Não [] Sim - R\$ _____
		[] Não [] Sim - R\$ _____
		[] Não [] Sim - R\$ _____

PATRIMÔNIO FAMILIAR - ASSINALAR O QUE O GRUPO FAMILIAR POSSUI.

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

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

OUTROS BENS / PATRIMÔNIO	Descrição	Valor de mercado	Gera renda mensal para o grupo familiar?
		R\$ _____	[] Não [] Sim. R\$ _____
		R\$ _____	[] Não [] Sim. R\$ _____
		R\$ _____	[] Não [] Sim. R\$ _____
		R\$ _____	[] Não [] Sim. R\$ _____

8. DESPESAS MENSAIS DO GRUPO FAMILIAR

Aluguel: R\$	Mensalidade Escolar: R\$	Mensalidade universitária: R\$
Farmácia: R\$	Financiamento de veículo: R\$	INSS (se não constar no contracheque): 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 Concessão de Bolsas de Estudo 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 001/2026, 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 001/2026 da Associação Franco Brasileira e que autorizo a entrevista em domicílio, 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 2026

Assinatura do(a) Responsável Financeiro: _____

Nome legível do(a) Responsável Financeiro: _____