

FICHA DE SOLICITAÇÃO PARA GRATUIDADE ESCOLAR - ANO 2026

IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO(A)

Nome do candidato(a):		Idade:		
Data de nascimento: _____ / _____ / _____		Naturalidade:		
Identidade:		Órgão Exp.:		
Sexo: Masculino () Feminino ()		Etnia: Negro () Pardo () Indígena () Branco ()		
Endereço:		Nº		
Bairro:				
CEP:	Cidade:	UF:		
Ano/Série 2026:				
() Ensino Infantil	() Ens. Fund. Anos Iniciais	() Ens. Fund. Anos Finais	() Ens. Médio	() TECINFO
Aluno novato na escola? Sim () Não () Se novato, vem de que Escola?				
Há irmão(s) que estudem na Escola: Sim () Não ()		Quantos:		

FILIAÇÃO:

Nome do Pai:				
Identidade:		Órgão Exp.:	CPF:	
Estado Civil: Casado () Divorciado () União Estável () Outros:				
Escolaridade: Sem Escolaridade () Ensino Fundamental () Ensino Médio () Ensino superior ()				
Cargo/Profissão:				
Empresa Onde Trabalha:				
Endereço Comercial:				
Salário Bruto R\$:				
Telefone Res.:		Telefone Celular:		
E-mail para Contato:				
Nome da Mãe:				
Identidade:		Órgão Exp.:	CPF:	
Estado Civil: Casada () Divorciada () União Estável () Outros:				
Escolaridade: Sem Escolaridade () Ensino Fundamental () Ensino Médio () Ensino superior ()				

Cargo/Profissão:			
Empresa Onde Trabalha:			
Endereço Comercial:			
Salário Bruto R\$:			
Telefone Res.:	Telefone Celular:		
E-mail Para Contato:			
DADOS DO RESPONSÁVEL FINANCEIRO			
Nome:			
Identidade:	Órgão Exp.:	CPF:	
Estado Civil: Casado ()	Divorciado ()	União Estável ()	Outros:
Escolaridade: Sem Escolaridade ()	Ensino Fundamental ()	Ensino Médio ()	Ensino superior ()
Cargo/Profissão:			
Empresa Onde Trabalha:			
Endereço Comercial:			
Salário Bruto R\$:			
Telefone Res.:	Telefone Celular:		
E-mail para Contato:			
DADOS SOBRE A FAMÍLIA:			
Os pais do(a) aluno(a) vivem juntos?	Sim ()	Não ()	
Se separados, com quem vive o(a) aluno(a)?			
O Candidato(a) ou algum membro da família que reside com o mesmo é PCD (Pessoa com Deficiência) e/ou tem doenças crônicas (diabetes, doenças pulmonares, renais, sanguíneas, neurológicas, cardíacas, HIV, câncer e etc.) crônica? Sim () Não () (Anexar Laudo Médico com CID)			
Nome:			
Tipo de Doença Crônica com CID:			
Algum membro da família recebe benefício do Governo? Sim () Não () Qual: _____			
Valor R\$:			
Recebe pensão alimentícia e/ou outras responsabilidades financeiras do cônjuge separado?		Sim () Não ()	
Valor R\$:			
Recebe ajuda familiar: Sim () Não ()		Valor Mensal R\$:	
Recebimento de aluguel: Sim () Não ()		Valor Mensal R\$	

**Setor Serviço Social
FILANTROPIA**

DADOS RESIDENCIAIS:

Moradia: Própria () Financiada () Alugada () Cedida () Coletiva com Parentes ()

Outros bens (imóveis): Sim () Não ()

Possui veículo(s): Sim () Não () Especificar modelo/Ano:

GRUPO FAMILIAR RESIDENTE COM O CANDIDATO(A)

DESPESAS MENSais DAFAMÍLIA:

Despesas	Comprovante último mês	Despesas	Comprovante último mês
Aluguel da Casa:		Gás:	
Financiamento da Casa:		Celularpós-pago:	
Condomínio:		Plano de Saúde:	
Telefone Residencial:		Transporte Escolar:	
IPTU Valor Anual:		Mensalidade Escolar:	
Luz:		Cursos:	
Água:		Medicamentos de Uso Continuo:	
Financiamento do Carro:		Internet	
Alimentação:		Outras Despesas	

Estou ciente que, se em tempo, ficar comprovada a constatação de falsidade das informações prestadas pelo(a) responsável, ou de inidoneidade de documentos apresentados, a concessão da Bolsa de Estudo estará automaticamente cancelada, sem prévio aviso.

Campina Grande, _____ de _____ de 20 _____

Responsável Financeiro pelo(a) Candidato(a)