

FICHA DE SOLICITAÇÃO PARA GRATUIDADE ESCOLAR - ANO 2026

IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO(A)				
Nome do candidato(a):			Idade:	
Data de nascimento: _____/_____/_____			Naturalidade:	
Identidade:		Órgão Exp.:	CPF:	
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 () TECNICO
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\$



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)**

Nome	Parentesco	Idade	Profissão/ Ocupação	Média Rendimento Bruto R\$

DESPESAS MENSAS DA FAMÍLIA:

Despesas	Comprovante último mês	Despesas	Comprovante último mês
Aluguel da Casa:		Gás:	
Financiamento da Casa:		Celular pós-pago:	
Condomínio:		Plano de Saúde:	
Telefone Residencial:		Transporte Escolar:	
IPTU Valor Anual:		Mensalidade Escolar:	
Luz:		Cursos:	
Água:		Medicamentos de Uso Contínuo:	
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)