



**Solicitação de Bolsa Educacional**  
E-mail: [filantropia@adventista.edu.br](mailto:filantropia@adventista.edu.br) Telefone: (75)3425-8087



**SITUAÇÃO SOCIOECONÔMICA**

**IDENTIFICAÇÃO DO ALUNO**

Aluno(a): \_\_\_\_\_ Nº de Inscrição \_\_\_\_\_

Filiação  
Mãe: \_\_\_\_\_

Pai: \_\_\_\_\_

Sexo: M ( ) F ( ) Data de Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Endereço do (a) Aluno (a):

(rua. Av.) \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ Telefone: ( ) \_\_\_\_\_

E-mail – letra bastão (de forma): \_\_\_\_\_

**Endereço** de Origem: (Onde reside o grupo familiar do aluno dependente da renda familiar):

(rua. Av.) \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ Telefone: ( ) \_\_\_\_\_

Local de Referência: \_\_\_\_\_

**DADOS DO RESPONSÁVEL LEGAL**

Nome: \_\_\_\_\_ Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

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

**DADOS DOS FAMILIARES (Pessoas que moram, contribuem ou dependam da renda familiar)**

	NOME	Idade	Parentesco*	Est. Civil	Ocupação Profissional	Renda Bruta Mensal
1						R\$
2						R\$
3						R\$
4						R\$
5						R\$
6						R\$
7						R\$
8						R\$
					<b>Renda Total</b>	R\$

\*Observação: No campo parentesco, a informação deverá ser referente ao aluno. Ex: mãe, pai, irmãos etc.

Moro em residência: ( ) Própria ( ) Cedida ( ) Alugada ( ) Financiada ( ) outros \_\_\_\_\_

Tipo de moradia da Família: ( ) Própria ( ) Cedida ( ) Alugada ( ) Financiada ( ) outros \_\_\_\_\_

Possuo propriedades? \_\_\_\_\_ ( ) Chácara ( ) Sítio ( ) Fazenda ( ) outros \_\_\_\_\_

( ) Moto ( ) Carro Quantos? \_\_\_\_\_ Marca / Ano: \_\_\_\_\_ Marca/ Ano: \_\_\_\_\_

A família é beneficiária de algum programa do governo? ( ) Sim ( ) Não  
Qual? \_\_\_\_\_ Nº NIS \_\_\_\_\_

Pessoa com deficiência ou doença crônica? \_\_\_\_\_ Tipo \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

\*Em caso de algum problema de saúde, o responsável deverá providenciar Relatório Médico e notas fiscais para anexar ao formulário.

DESPESAS MENSAIS	
Descrição	VALOR MENSAL
Moradia (Aluguel / Financiamento)	R\$
Água / luz / telefone	R\$
Transporte escolar	R\$
Educação (ensino fundamental e ensino superior)	R\$
Saúde (medicamentos)	R\$
Prestação (Financiamento de veículo)	R\$
Outros (especifique)	R\$

\*Observação: Para comprovar os **dados dos familiares, despesas mensais, propriedades e benefícios do Governo** serão necessárias cópias dos documentos para comprovação com autenticação em cartório.

INDIQUE COM UM X, O CURSO E O ANO PARA O QUAL ESTA SOLICITANDO A BOLSA EDUCACIONAL										
CURSOS	1º Período	2º Período	3º Período	4º Período	5º Período	6º Período	7º Período	8º Período	9º Período	10º Período
Administração										
Ciências Contábeis										
Enfermagem										
Fisioterapia										
Pedagogia										
Psicologia										
Secretariado Executivo										
Gestão em Tecnologia da Informação										
Odontologia										

Participou da seleção do ENEM em 2017? ( ) sim ( ) não Pontuação: \_\_\_\_\_

Tem curso de graduação (ensino superior completo)? ( ) sim ( ) não Qual: \_\_\_\_\_

Está estudando em curso de ensino superior? ( ) sim ( ) não / Instituição: \_\_\_\_\_

Matriculado/Frequentando outro curso universitário? Sim ( ) Não ( ) Qual? \_\_\_\_\_

Há outros universitários na família? Sim ( ) Não ( ) Qual instituição? \_\_\_\_\_

Nome (s): \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_ Curso (s): \_\_\_\_\_

Tem algum benefício de bolsa educacional ou Fies? ( ) sim ( ) não Quanto (%) \_\_\_\_\_

### Declaração

Declaro para os devidos fins, que toda informação aqui prestada é a expressão da verdade, e sirvo-me da presente para solocitar a esta Instituição, referente ao 1º semestre do ano letivo de 2018 (Ensino Superior), uma das vagas como aluno (a) beneficiário (a) desta bolsa de estudo para o curso citado neste formulário de solicitação de Bolsa Educacional.

Estou ciente de que as vagas são limitadas e que para tanto, a admissão está sujeita à avaliação desta mantida.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) Responsável Legal

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) Candidato (a)