

FICHA SOCIOECONÔMICA – BOLSA DE ESTUDOS – PROUNI – ANO 2026

Curso: _____

Informe o meio de transporte utilizado para chegar até a instituição de ensino: _____

Período/semestre: _____ Percentual: _____

DADOS DO CANDIDATO:

Nome Completo: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Naturalidade: _____ UF: _____

CPF: _____

Nome da Mãe: _____

Nome do Pai: _____

Estado Civil: () Solteiro(a) () Casado(a) () Separado(a) () Divorciado(a)
() Viúvo(a) () União Estável () Outros: _____

RG: _____ Órgão Expedidor: _____ UF: _____ Data de Expedição: ____/____/____

Sexo: () Masculino () Feminino Raça: () Afrodescendente () Indígena () Outros

Endereço completo: (rua/Av., nº, apto) _____

Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____ Cep: _____

Fone Residencial: _____ Celular: _____

O candidato possui plano de saúde? () Sim () Não

Inscrição No Cadastro Único Para Programas Sociais Do Governo Federal

O candidato possui CadÚnico () Sim () Não Qual a renda per capita R\$ _____

Qual Programa? _____

Nº NIS: _____ Nº SUS: _____

Condições Profissionais do candidato:

() Trabalho Formal () Trabalho Informal () Servidor Público () Estagiário/Bolsista () Aprendiz
() Aposentado () Pensionista () Nunca Trabalhou () Desempregado

Local de Trabalho: _____

Endereço completo: (rua/Av., nº) _____

Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____ Cep: _____

Renda Bruta: R\$ _____ Profissão: _____ Fone Comercial: _____

Moradia do Candidato:

() **Área urbana:**

() Moradia própria () Cômodo cedido () Moradia própria Candidato () Financiamento Comum
() Outros () Moradia alugada () Financ. Moradia popular () Moradia cedida

() **Área Rural:**

() Moradia própria () Moradia alugada () Herança familiar () Moradia cedida
() Outros: _____

OUTRAS INFORMAÇÕES:

Se houver doença crônica grave no grupo familiar:

() Apresentar atestado médico comprobatório (com data recente) e com o CID;

() Apresentar comprovante dos gastos mensais (últimos três meses) com tratamento da doença crônica;

Existem outros membros da família que estudam com bolsa? () Sim: () Não

Nome da pessoa/curso: _____

Se sim, nome da Instituição: _____

Possui outro membro da família participando do processo seletivo? () Sim: () Não

Se sim, nome da pessoa e grau de parentesco: _____

Curso: _____

O(a) Candidato(a) cursou Ensino Médio em:

() Escola Pública () Escola Privada () Escola Privada com bolsa de estudos integral

() Escola Privada com bolsa de estudos parcial () Parte Escola Pública/Parte Escola Privada com bolsa integral

Nome da Escola que concluiu o Ensino Médio ou equivalente: _____

Conclusão ano: _____

CÔNJUGE DO(A) CANDIDATO(A) - Quando houver

Nome Completo: _____

Naturalidade: _____ Data de Nascimento: _____

Endereço residencial (rua, nº, bairro): _____

Cidade: _____ Telefone Res./Comercial: _____ Celular: _____

RG: _____ CPF: _____

Grau de Instrução do Cônjuge(a): _____ Profissão: _____

Local de Trabalho: _____

INTEGRANTES DO GRUPO FAMILIAR (IRMÃOS, FILHOS, ENTEADOS...ETC)

Dados do Grupo Familiar: (pessoas que residem com o candidato)

1. Nome Completo: _____ Idade: _____
Data de Nascimento: _____ Grau de Parentesco: _____
Profissão: _____ Empresa onde trabalha: _____
Renda Bruta R\$: _____

2. Nome Completo: _____ Idade: _____
Data de Nascimento: _____ Grau de Parentesco: _____
Profissão: _____ Empresa onde trabalha: _____
Renda Bruta R\$: _____

3. Nome Completo: _____ Idade: _____
 Data de Nascimento: _____ Grau de Parentesco: _____
 Profissão: _____ Empresa onde trabalha: _____
 Renda Bruta R\$: _____
4. Nome Completo: _____ Idade: _____
 Data de Nascimento: _____ Grau de Parentesco: _____
 Profissão: _____ Empresa onde trabalha: _____
 Renda Bruta R\$: _____
5. Nome Completo: _____ Idade: _____
 Data de Nascimento: _____ Grau de Parentesco: _____
 Profissão: _____ Empresa onde trabalha: _____
 Renda Bruta R\$: _____

DESPESAS MENSAS BÁSICAS

ALUGUEL R\$ _____	TRANSP. COLETIVO R\$ _____	EMPRÉSTIMOS R\$ _____ -
CONDOMÍNIO R\$ _____	TRANSP. PARTICULAR R\$ _____	FINANC/MORADIA R\$ _____
LUZ R\$ _____	FARMÁCIA R\$ _____	FINANC/VEÍCULO R\$ _____
ÁGUA R\$ _____	PSICÓLOGA R\$ _____	CARTÃO CRÉDITO R\$ _____
TELEFONE FIXO R\$ _____	PSICOPEDAGOGO R\$ _____	FACULDADE R\$ _____
CELULAR R\$ _____	DENTISTA R\$ _____	ESCOLA R\$ _____
GÁS R\$ _____	FISIOTERAPIA R\$ _____	 R\$ _____
DIARISTA/DOMÉSTICA R\$ _____	FONOAUDIÓLOGA R\$ _____	 R\$ _____
ALIMENTAÇÃO R\$ _____	PLANO DE SAÚDE R\$ _____	TOTAL R\$ _____

BENS DO GRUPO FAMILIAR (Imóveis, Automóveis e outros)			
Descrição dos Bens	Valor de parcela de Financiamento (se for o caso)		
OUTROS TIPOS DE RENDA			
Descrição	Sim	Não	Quanto?
Recebe aluguel de imóveis?			
Recebe ajuda de terceiros? (Tios, Avós, parentes, amigos, etc)			
Outros:			
MEMBROS DA FAMÍLIA QUE RECEBEM BENEFÍCIOS			
Descrição	Valor (R\$)	Parentesco	
Benefícios do INSS? (Pensão, Aposentadoria e Auxílio Doença/Acidente)			

Benefícios Governamentais? (Bolsa Família /PET /ProJovem/ BPC e outros)		
Pensão Alimentícia?		
PESSOAS COM DEFICIÊNCIA		
É candidato(a) com deficiência? () Sim () Não		
Em caso de afirmativo qual o CID: _____ Observações: _____		
CONDIÇÕES DE SAÚDE		
Há alguém na família que está em tratamento de saúde? () Sim () Não		
Faz uso contínuo de medicamento? () Sim () Não		
Nome e Grau de Parentesco	Tipo de doença	Despesa mensal R\$

Observação:

Para concorrer às bolsas integrais de 100%, o candidato deve comprovar renda familiar bruta mensal, por pessoa, de até um salário mínimo e meio. Para as bolsas parciais (50%), a renda bruta familiar deve ser de até três salários mínimos por pessoa (Lei 12.101/2009).

Declaro que as informações constantes nesta ficha socioeconômica são verdadeiras para os devidos fins, estando ciente de que a omissão ou apresentação de informações falsas são consideradas crime, conforme previsto no Artigo 299, do Código Penal. Além disso, a Comissão de bolsas poderá, a qualquer tempo, exigir outros documentos que julgar necessário.

Libero a apresentação da documentação fornecida aos órgãos públicos de fiscalização dispondo-me a receber visita domiciliar da Assistente Social da instituição para averiguações das informações prestadas.

Autorizo a **Associação Cultural e Científica Virvi Ramos** a buscar comprovação **das informações e condições de carência financeira**, a qualquer momento e em qualquer esfera.

Nome do Candidato: _____ Data: _____

Assinatura: _____

Quem registrou: _____ Data: _____
