

**FICHA SOCIOECONÔMICA – SOLICITAÇÃO DE BOLSA**  
*Educação Superior*

**Dados Preliminares**

Instituição de Ensino Mantida: \_\_\_\_\_  
 CNPJ: 33.621.384/ \_\_\_\_\_  
 Educação: ( ) Infantil ( ) Fundamental ( ) Médio ( ) Profissional ( ) EJA ( ) Superior  
 Curso: \_\_\_\_\_ Ano: \_\_\_\_\_ Série: \_\_\_\_\_  
**Processo:** ( ) Renovação ( ) Ingressantes

**Identificação do (a) Candidato (a)**

Nome Completo: \_\_\_\_\_  
 Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino  
 Endereço: \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Complemento: \_\_\_\_\_  
 Bairro: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_  
 Estado/UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_  
 E-mail: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ Emissor: \_\_\_\_\_ CTPS: \_\_\_\_\_  
 Estado Civil: ( ) Solteiro(a) ( ) Casado(a) ( ) Divorciado(a) ( ) União Estável ( ) Viúvo  
 Auto declaração de cor/raça: ( ) Negra ( ) Parda ( ) Branca ( ) Indígena ( ) Amarela  
 Responsável em assinar o Termo de Adesão de contrato de Prestação de Serviço na CNEC:  
 ( ) Sim ( ) Não  
**O (a) candidato (a) já é bolsista ou possui desconto comercial na CNEC?**  
 ( ) Não ( ) Sim- qual tipo de bolsa/desconto \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ %

**O (a) candidato (a) possui formação superior?**

( ) Não ( ) Sim – Qual Curso/Titulação: \_\_\_\_\_

**O (a) candidato (a) estudou o Ensino Médio em:**

( ) Escola Pública ( ) Escola Privada com bolsa integral ( ) Escola Privada  
 ( ) Parte Escola Pública Parte Escola Privada

**O (a) candidato (a) possui Financiamento Estudantil (FIES)?**

( ) Não ( ) Sim – Percentual: \_\_\_\_\_ %

**O (a) candidato (a) é professor efetivo da Rede Pública de Ensino e pretende vaga em cursos de formação para magistério?**

( ) Não ( ) Sim – Qual Curso/Titulação: \_\_\_\_\_

**O (a) candidato (a) tem vínculo acadêmico em outra Instituição?**

( ) Não ( ) Sim – Qual Instituição: \_\_\_\_\_

**A empresa do (a) candidato (a) fornece algum tipo de auxílio para fins de bolsa de estudo?**

( ) Não ( ) Sim

**O (a) candidato (a) irá assinar o Contrato de Prestação de Serviço da CNEC?**

( ) Não ( ) Sim

**Moradia do (a) candidato (a) (Marque com um X)**

Em área urbanizada	Em área de vulnerabilidade e risco	Em área rural
( ) Moradia própria	( ) Moradia própria	( ) Moradia própria
( ) Financiamento comum	( ) Moradia Alugada	( ) Moradia Alugada
( ) Financiamento moradia popular	( ) Moradia Cedida	( ) Moradia Cedida
( ) Moradia Alugada	( ) Cômodo Cedido	( ) Cômodo Cedido
( ) Moradia Cedida	( ) Posse	( ) Posse
( ) Cômodo Cedido		
( ) Moradia cedida governamental		
( ) Posse		

**Cônjuge do (a) Candidato (a)**

Nome Completo: \_\_\_\_\_  
 Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino  
 Endereço: \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_ Complemento: \_\_\_\_\_  
 Bairro: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_  
 Estado/UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_  
 E-mail: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ Emissor: \_\_\_\_\_ CTPS: \_\_\_\_\_  
 Estado Civil: ( ) Solteiro(a) ( ) Casado(a) ( ) Divorciado(a) ( ) União Estável ( ) Viúvo  
 Auto declaração de cor/raça: ( ) Negra ( ) Parda ( ) Branca ( ) Indígena ( ) Amarela  
 Responsável em assinar o Termo de Adesão de contrato de Prestação de Serviço na CNEC:  
 ( ) Sim ( ) Não

**Representante legal** (OBS. Preencher somente em caso de guarda judicial, tutela, ou comprovante de órgãos afins).

Nome Completo: \_\_\_\_\_  
 Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino  
 Endereço: \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_ Complemento: \_\_\_\_\_  
 Bairro: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_  
 Estado/UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_  
 E-mail: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ Emissor: \_\_\_\_\_ CTPS: \_\_\_\_\_  
 Estado Civil: ( ) Solteiro(a) ( ) Casado(a) ( ) Divorciado(a) ( ) União Estável ( ) Viúvo  
 Auto declaração de cor/raça: ( ) Negra ( ) Parda ( ) Branca ( ) Indígena ( ) Amarela  
 Responsável em assinar o Termo de Adesão de contrato de Prestação de Serviço na CNEC:  
 ( ) Sim ( ) Não

**Bens do Grupo Familiar** (Imóveis, Automóveis e outros).

Nº	Descrição	Valor do Bem	Valor da parcela do financiamento (se for o caso)
1			
2			
3			

**Outros tipos de renda**

Nº	Descrição	Valor R\$	Parentesco	CNEC/BEN
1	Recebe aluguel de imóveis ou outros?			
2	Recebe ajuda de terceiros?			
3	Outros			

**Membros da família que recebem benefícios**

Nº	Descrição	Valor R\$	Parentesco	CNEC/BEN
1	Aposentadoria			
2	Auxílio Doença			
3	Benefício de Assistência Social (Municipal/Estadual)			
4	Benefício de Prestação Continuada – BPC			
5	Bolsa Família/PETI/ProJovem e outros benefícios do Governo Federal			
6	Pensão Alimentícia			
7	Pensão por Morte			

**Dados Gerais do Grupo Familiar**

*(Informar todos os membros do grupo familiar, inclusive o (a) candidato (a))*

Obs.: Entende-se como Grupo Familiar, além do próprio candidato, **o conjunto de pessoas que reside na mesma moradia**, compartilha da renda bruta mensal familiar e que seja relacionado ao candidato por laços consanguíneos ou não. (Item 8.7.6 do Edital).

Nº	Nome Completo	Parentesco	Data de Nascimento	Profissão	Idade	Renda Valor R\$	CNEC/BEN
1		CANDIDATO(A)	/ /				
2			/ /				
3			/ /				
4			/ /				
5			/ /				
6			/ /				
7			/ /				
8			/ /				
9			/ /				
10			/ /				
11			/ /				
12			/ /				
Valor da renda familiar mensal bruta						R\$	
Valor da renda per capita mensal						R\$	

**Outro membro do grupo familiar concorrendo à bolsa de estudo na Instituição Educacional Mantida?**

( ) Não ( ) Sim: 1. \_\_\_\_\_ (Série/Ano) \_\_\_\_\_  
 2. \_\_\_\_\_ (Série/Ano) \_\_\_\_\_

**Pessoas com deficiência e doença crônica**

**O(a) candidato(a) possui deficiência, conforme o decreto 3298/1999?** ( ) Não ( ) Sim  
**Em caso afirmativo, está apto a exercer atividade laboral/trabalho?** ( ) Não ( ) Sim  
**Assinale em caso positivo:** ( ) Deficiência Física ( ) Deficiência Mental ( ) Deficiência Auditiva ( ) Deficiência visual ( ) Deficiência Múltipla  
**Custo Mensal:** R\$ \_\_\_\_\_  
**Alguns dos membros do grupo familiar possuem doença crônica/ deficiência?** (Somente as que impossibilitem para o trabalho ou que o tratamento gere custos não cobertos pelo SUS) ( ) Não ( ) Sim:  
**Qual doença?** \_\_\_\_\_  
**Custo Mensal:** R\$ \_\_\_\_\_

**Motivos pelos quais solicita a bolsa**

- ( ) Financeiros  
 ( ) Qualidade do Ensino  
 ( ) Localização da Instituição Educacional Mantida  
 ( ) Perfil socioeconômico conforme o Edital  
 ( ) Todos os tópicos acima  
 ( ) Outros \_\_\_\_\_

Declaro, sob as penas da lei, que li, compreendi e concordo integralmente com o Edital do Processo Seletivo para Concessão/Renovação de Bolsas de Estudo da CNEC.

Assumo total responsabilidade pelo acompanhamento dos prazos e procedimentos estabelecidos.

Autorizo, de forma expressa, o uso dos meus dados pessoais, incluindo dados bancários, exclusivamente para fins relacionados à seleção e à concessão/renovação da bolsa, nos termos da Lei nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados – LGPD) e da Lei Complementar nº 105/2001.

Estou ciente de que este consentimento poderá ser revogado a qualquer momento, conforme dispõe o Art. 8º da referida Lei, mediante solicitação formal, respeitados os tratamentos de dados já realizados até a data da revogação.

Por ser verdade, firmo o presente.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/202\_\_\_\_  
Local e Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Responsável

*Observação: A CNEC adota processos em conformidade com a Lei Complementar nº 187/2021, o Decreto nº 8.242/2014 e a Portaria Normativa nº 15/2017. Os modelos de declaração utilizados seguem os termos da Lei nº 7.115/1983.*