



Província Brasileira da Congregação das Irmãs Filhas da Caridade de  
São Vicente de Paulo – Província de Curitiba

Entidade Filantrópica - CNPJ 76578137/0001-90  
Avenida Manoel Ribas, 02 80510-020 – Curitiba/PR Fone: (41) 221-7000  
e-mail [província@provinciacuritiba.com.br](mailto:província@provinciacuritiba.com.br) site: [www.provinciacuritiba.com.br](http://www.provinciacuritiba.com.br)

Doc. 2

**INSTITUIÇÃO: ESCOLA VICENTINA SANTA LUIZA**  
**CNPJ: 76.578.137/0041-87**

**FORMULÁRIO DE INFORMAÇÕES SOCIOECONÔMICAS**  
**PROCESSO SELETIVO PARA CONCESSÃO DE BOLSA – ANO LETIVO 2.019**

**1 - INFORMAÇÕES DO(A) ESTUDANTE:**

Nome: \_\_\_\_\_  
Matrícula: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_  
Sexo: Masculino (  ) Feminino (  ) Reside com: os pais (  ) a mãe (  ) o pai (  ) outros (  )  
Endereço do (a) estudante: \_\_\_\_\_  
Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fone(s): \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_  
Estuda no Colégio: SIM (  ) NÃO (  ) Série/período \_\_\_\_\_ Turma \_\_\_\_\_  
Escola de origem: \_\_\_\_\_ Pública (  ) Privada (  )

**2 - COMPOSIÇÃO FAMILIAR: (Membros que residem na mesma casa em que o aluno, iniciando por ele, sendo o preenchimento do item parentesco/vínculo sempre em relação ao aluno).**

Nome	Idade	Estado civil	Vínculo	Escolaridade	Profissão	Renda
<b>TOTAL DA RENDA</b>						

**3 - DADOS SOCIOECONÔMICOS DA FAMÍLIA:**

**3.1 Dados do Pai:** Nome: \_\_\_\_\_  
Escolaridade: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ naturalidade: \_\_\_\_\_  
RG \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_  
Endereço Residencial: Rua \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
CEP: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_  
Profissão: \_\_\_\_\_ Trabalho: Autônomo (  ) Com Vínculo (  )  
Nome da Empresa/Entidade/Órgão: \_\_\_\_\_  
Endereço Comercial: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_  
Remuneração Mensal: R\$ \_\_\_\_\_ Outras fontes de renda: \_\_\_\_\_

**3.2 Dados da Mãe:**

**3.3 Nome:** \_\_\_\_\_  
Escolaridade: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ naturalidade: \_\_\_\_\_  
RG \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

Endereço Residencial: Rua: \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
 CEP: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_  
 Profissão: \_\_\_\_\_ Trabalho: Autônomo ( ) Com Vínculo ( )  
 Nome da Empresa/Entidade/Órgão: \_\_\_\_\_  
 Endereço Comercial: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_  
 Remuneração Mensal: R\$ \_\_\_\_\_ Outras fontes de renda: \_\_\_\_\_

**3.4 Identificação do Responsável Financeiro. (Preencher quando não forem os pais)**

Nome: \_\_\_\_\_  
 Escolaridade: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ naturalidade: \_\_\_\_\_  
 RG \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_  
 Endereço Residencial: Rua: \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
 CEP: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_  
 Profissão: \_\_\_\_\_ Trabalho: Autônomo ( ) Com Vínculo ( )  
 Nome da Empresa/Entidade/Órgão: \_\_\_\_\_  
 Endereço Comercial: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_  
 Remuneração Mensal: R\$ \_\_\_\_\_ Outras fontes de renda: \_\_\_\_\_

**4. RESIDÊNCIA DO GRUPO FAMILIAR EM ANÁLISE:**

Casa própria ( ) Alugada ( ) Cedida (emprestada) ( ) Financiada ( )  
 A quanto tempo residem no local: \_\_\_\_\_ Se alugada/financiada, custo mensal: \_\_\_\_\_  
 Endereço da residência (logradouro, nº, CEP, bairro): \_\_\_\_\_

**5. POSSUI AUTOMÓVEL?** Sim ( ) Não ( ) Modelo: \_\_\_\_\_ Marca: \_\_\_\_\_ Ano: \_\_\_\_\_  
**Financiado:** Sim ( ) Não ( ) Valor mensal: \_\_\_\_\_ nº de parcelas a vencer: \_\_\_\_\_

**6. DESPESAS MENSAIS:**

Água	R\$	Luz	R\$	Gás	R\$
Aluguel	R\$	Empréstimo bancário	R\$	Telefone Fixo/Celular	R\$
Alimentação	R\$	Educação	R\$	Condomínio	R\$
Transporte /combustível	R\$	Cartões de crédito	R\$	Plano/Convênio de Saúde	R\$
Prestações diversas (móveis, utensílios domésticos, vestuários, etc.)			R\$	Outros (especificar)	R\$
<b>SOMA DAS DESPESAS MENSAIS: R\$</b>					
<b>RENDA PER CAPITA: R\$</b>					

**7. HÁ DESPESAS COM DOENÇAS GRAVES** que necessitam de tratamento contínuo? Sim ( ) Não ( )  
 Tipo de doença? \_\_\_\_\_ Custo mensal com medicamento: \_\_\_\_\_

**8. BENEFÍCIOS SOCIAIS**

Possui Cadastro Único: ( ) **sim**, o número do NIS: \_\_\_\_\_ ( ) **não**  
 Benefícios Sociais: ( ) Baixa renda luz ( ) Baixa renda água ( ) Programa do Leite  
 ( ) Bolsa Família ( ) BPC ( ) outros: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Assinatura do Responsável pelo Candidato