



1. IDENTIFICAÇÃO DO(A) CANDIDATO(A)

Nome: _____ Sexo: Masc Fem Data de nasc: _____
Ano/série em 2024: _____ Escola de origem: _____ Valor da mensalidade: _____
Carteira de Identidade: _____ CPF: _____ Cidade de nascimento: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
CEP: _____ Cidade: _____ UF: _____ Telefone: _____
Grupo familiar inscrito no CADÚNICO? Não Sim Nº: _____
Beneficiário de Programa do Governo? Não Sim Qual: _____
Tem irmão(ã) estudando no CENSA? Não Sim Nome: _____ Turma: _____ Desconto: _____

2. IDENTIFICAÇÃO DOS PAIS E/OU RESPONSÁVEIS

Nome da mãe/responsável do(a) candidato(a): _____
Endereço: _____ Bairro: _____
CEP: _____ Cidade: _____ UF: _____ E-mail: _____
Tel: _____ Celular: _____ Data de nascimento: _____
Estado civil: _____ RG: _____ CPF: _____
Profissão: _____ Local de trabalho: _____ Telefone do trabalho: _____
Cargo/função: _____ Remuneração bruta R\$ _____ Remuneração líquida R\$ _____ Outras rendas R\$ _____

Nome do pai/responsável do(a) candidato(a): _____
Endereço: _____ Bairro: _____
CEP: _____ Cidade: _____ UF: _____ E-mail: _____
Tel: _____ Celular: _____ Data de nascimento: _____
Estado civil: _____ RG: _____ CPF: _____
Profissão: _____ Local de trabalho: _____ Telefone do trabalho: _____
Cargo/função: _____ Remuneração bruta R\$ _____ Remuneração líquida R\$ _____ Outras rendas R\$ _____

3. DESPESAS MENSAIS FIXAS

| DESPESAS COM SAÚDE | | DESPESAS COM MORADIA | | DESPESAS COM COMUNICAÇÃO | |
|--------------------|-----|----------------------|-----|--------------------------|-----|
| Medicamentos | R\$ | Financiamento | R\$ | Telefone fixo | R\$ |
| Plano de Saúde | R\$ | Condomínio | R\$ | TV a cabo | R\$ |
| Plano Odontológico | R\$ | Energia elétrica | R\$ | Celular | R\$ |
| Plano Funerário | R\$ | Aluguel | R\$ | Internet | R\$ |
| Saúde Complementar | R\$ | IPTU | R\$ | ALIMENTAÇÃO | R\$ |
| Outros gastos | R\$ | Água | R\$ | EMPRÉSTIMOS | R\$ |

4. RELAÇÃO DE TODOS OS DEPENDENTES DA RENDA FAMILIAR (que residem na mesma casa) _____

| NOMES (INCLUINDO O CANDIDATO(A)) | IDADE | PARENTESCO | ESCOLARIDADE | PROFISSÃO | RENDA BRUTA |
|----------------------------------|-------|------------|--------------|-----------|-------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

| | |
|--|--|
| RENDA BRUTA FAMILIAR: R\$ _____ | RENDA PER CAPITA (renda bruta dividida pelo nº de dependentes): R\$ _____ |
| NÚMERO DE DEPENDENTES DA RENDA FAMILIAR: _____ | POSSUÍA BOLSA DE ESTUDO NO ANO 2024? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não |

5. INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES _____

Residência: própria alugada outros Qual? _____

Valor do aluguel/prestação: R\$ _____ Há quanto tempo mora no local? _____ Quantas pessoas residem no local? _____

Possui veículo? não sim Marca/ano/modelo: _____

Possui moto? não sim Marca/ano/modelo: _____

Algum membro do grupo familiar tem doença crônica ou deficiência? não sim Qual: _____

Algum membro do grupo familiar necessita de medicação contínua? não sim Qual: _____

A família tem idosos que necessitem de cuidados? não sim Este idoso recebe aposentadoria? não sim

Gasto mensal da família com medicação, médicos e terapêuticos: R\$ _____

6. MEMBROS DO GRUPO FAMILIAR QUE FREQUENTAM CURSOS LIVRES (futebol, natação, balé, curso de idiomas, judô, outros): _____

| NOME | CURSO | LOCAL | VALOR MENSAL |
|------|-------|-------|--------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

DESPESA TOTAL MENSAL DO GRUPO FAMILIAR COM MEMBROS QUE FREQUENTAM CURSOS LIVRES: R\$ _____

7. MOTIVO DA SOLICITAÇÃO _____

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |

8. OBSERVAÇÕES / OUTRAS INFORMAÇÕES:

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

Declaro sob as penas da Lei (Art. 299 do Código Penal Brasileiro), que todas as informações acima prestadas são verdadeiras. Declaro conhecer o Regimento da Entidade e me comprometo a dar cumprimento a ele. Autorizo a apresentação da documentação fornecida aos órgãos públicos de fiscalização dispondo-me a receber a visita domiciliar da Assistente Social da Instituição para averiguação das informações prestadas, em conformidade com o Decreto nº 11.791/2023 e Lei Complementar 187/2021.

Termo de Consentimento para Tratamento de Dados Pessoais

Declaro estar ciente de que o tratamento de meus dados pessoais é condição essencial para a participação no processo seletivo de concessão de Bolsa de Estudo e por este termo declaro estar ciente a respeito das regras dispostas no edital sobre tratamento de dados pessoais e dou o meu consentimento para a realização do tratamento para as finalidades informadas no Edital de Bolsas de estudos CEBAS.LEI Nº 13.709, DE 14 DE AGOSTO DE 2018. "Art. 1º Esta Lei dispõe sobre o tratamento de dados pessoais, inclusive nos meios digitais, por pessoa natural ou por pessoa jurídica de direito público ou privado, com o objetivo de proteger os direitos fundamentais de liberdade e de privacidade e o livre desenvolvimento da personalidade da pessoa natural". O Centro Educacional Nossa Senhora Auxiliadora se responsabiliza pela confiabilidade, sigilo e arquivamento do documento.

Campos dos Goytacazes RJ, _____ de _____ de 202 ____.

Assinatura do (a) requerente