



OBRAS SOCIAIS E EDUCACIONAIS DA IGREJA DE DEUS

FICHA DE AVALIAÇÃO SOCIOECONÔMICA

SOLICITAÇÃO DE BOLSA DE ESTUDO

ANO: 2027

IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE

INFORMAÇÕES DO PAI:

Nome Completo: _____
Situação do Pai: () Presente () Falecido () Separado () Outros: _____
Endereço: _____ N.º _____ Bairro: _____
Cidade: _____ CEP: _____ Estado: _____ Telefone: _____
Celular: _____ Idade: _____ RG: _____ CPF: _____
Local de Trabalho: _____ Renda bruta mensal R\$ _____

INFORMAÇÕES DA MÃE:

Nome Completo: _____
Situação da Mãe: () Presente () Falecido () Separado () Outros: _____
Endereço: _____ N.º _____ Bairro: _____
Cidade: _____ CEP: _____ Estado: _____ Telefone: _____
Celular: _____ Idade: _____ RG: _____ CPF: _____
Local de Trabalho: _____ Renda bruta mensal R\$ _____

IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL: (Preencher somente quando este não for o pai e / ou mãe)

Nome Completo: _____
Endereço: _____ N.º _____ Bairro: _____
Cidade: _____ CEP: _____ Estado: _____ Telefone: _____
Celular: _____ Idade: _____ RG: _____ CPF: _____
Local de Trabalho: _____ Renda bruta mensal R\$ _____
Documento comprobatório da responsabilidade*: _____
Órgão Expedidor: _____ Vigência: _____

*Favor anexar a cópia do documento comprobatório informado

IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA:

Nome Completo: _____
Data de Nascimento: _____ Idade: _____ Sexo: () F () M

SITUAÇÃO ESCOLAR:

Turma/2026: _____
Pedido de Concessão de Bolsa Social de Estudo: () Novo () Renovação

QUADRO DE COMPOSIÇÃO FAMILIAR: (Iniciar o preenchimento do quadro com os dados da criança. Neste devem constar o nome de todas as pessoas que moram na mesma residência, inclusive crianças.)

Nome Completo	Parentesco	Idade	Escolaridade	Estado Civil	Profissão Atividade	Renda(R\$)
TOTAL DA RENDA FAMILIAR (R\$)						

POSSUI OUTRA RENDA?

() Aposentadoria R\$ _____ () Pensão R\$ _____ () Bolsa Família R\$ _____
() Vendas diversas R\$ _____ () Outros R\$ _____

DECLARA IMPOSTO DE RENDA? () SIM NÃO ()

IMÓVEL DE MORADIA:

() Próprio	() Herança	() Alugado	() Cômodo Cedido	() Financiado
() Terreno Invadido	Valor do aluguel R\$ _____	Nome e Parentesco com proprietário:	Valor da Prestação R\$ _____	

CONDIÇÕES DA MORADIA

() Casa de Alvenaria Nº. de cômodos: _____	() Casa de Madeira Nº. de cômodos: _____	() Apartamento Nº. de cômodos: _____
--	--	--

VEÍCULOS

Marca/Modelo	Ano de Fabricação	Quitado?	Financiado? (valor da parcela)

BENS EXISTENTES NA MORADIA

Discriminação	Quantidade	Discriminação	Quantidade
Computador () Sim () Não		Notebook () Sim () Não	

CONDIÇÕES DE SAÚDE

Há alguém na família que está em tratamento médico? _____ Faz uso contínuo de medicamento? _____

Nome	Tipo da Doença	Despesa Mensal R\$
TOTAL R\$		

Doenças crônicas: doenças pulmonares, renais, câncer, sanguíneas, AIDS, neurológicas (epilepsia), cardíaca, outras. Há caso de doença crônica na família?

Nome	Tipo da Doença	Despesa Mensal R\$
TOTAL R\$		

Pessoas com deficiência: física, mental, sensorial (auditiva, visual), múltipla (cfe decreto 3.298/99)

Nome	Tipo de Deficiência	Despesa Mensal R\$
TOTAL R\$		

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Local e data _____ / _____ / _____

CPF: _____ RG: _____

CAMPO PARA AVALIAÇÃO E PARECER

RENDA FAMILIAR	R\$
RENDA PER CAPITA BRUTA	R\$ (Valor da renda dividido pela quantidade de membros)

PARECER:

DATA ____ / ____ / ____ Assinatura do/a Assistente Social: _____ Nº CRESS: _____

() Indeferido () Deferido

Justificativa: _____

Concedido _____ % de Bolsa de Estudo nas parcelas _____ a _____

Data: ____ / ____ / ____ Assinatura da Diretora: _____