

**PRÉ-CADASTRO DE INTERESSE À BOLSA DE ESTUDO CEBAS - ANO LETIVO 2024**

Unidade de Ensino Requerida: \_\_\_\_\_ Data da Entrega: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Dados incompletos acarretará a invalidação do cadastro

<b>DADOS DO CANDIDATO À BOLSA DE ESTUDO</b>		
Nome do Estudante:	Data de nascimento: ____/____/____	
Série que cursará em 2024:	Ed. Infantil ( ) - Ens. Fundamental ( ) - Ens. Médio ( )	
RG:	CPF:	
Qual instituição de ensino estuda atualmente?		
<b>DADOS DO RESPONSÁVEL PELO ESTUDANTE</b>		
Nome Completo:		
Grau de parentesco:	RG:	CPF:
Endereço:		
Bairro:	Cidade:	
Telefones para contato:		
E-mail para contato:		
<b>SITUAÇÃO SOCIOECONÔMICA FAMILIAR</b>		
Quantos Integrantes da família? (pessoas que vivem na mesma residência do estudante): _____		
Pais residem juntos: SIM ( ) – NÃO ( ) / Separados ( ) – Falecido ( )		
Recebe pensão alimentícia: NÃO ( ) / SIM ( ) Valor R\$: _____		
<b>DESCRIÇÃO DA FAMÍLIA (incluir todos os integrantes da família, inclusive os menores de 18 anos de idade)</b>		
<b>NOME – PARENTESCO – IDADE</b>	<b>OCUPAÇÃO</b>	<b>RENDA BRUTA</b>
1.		R\$
2.		R\$
3.		R\$
4.		R\$
5.		R\$
6.		R\$
7.		R\$
<b>TOTAL DA RENDA BRUTA FAMILIAR</b>		<b>R\$</b>
Situação de moradia: ( ) Própria ( ) Financiada ( ) Cedida ( ) Alugada R\$ _____		
<b>Possui veículos?</b> Não ( ) / Sim ( )		
Descreva modelo/Ano: _____		
<b>A família participa de algum programa governamental:</b> ( ) Não / ( ) Sim		

**Situação de Saúde** - Em sua **família** existe caso de doença **crônica/grave**?

Não (  ) / Sim (  ). Qual doença? \_\_\_\_\_

**DESPESA FAMILIAR – MENSAL**

Aluguel ( <input type="checkbox"/> ) Prestação Imobiliária ( <input type="checkbox"/> )	R\$
Condomínio*	R\$
Plano de Saúde* (inclusive os descontados em folha de pagamento)	R\$
Água*	R\$
Luz*	R\$
Telefone*	R\$
Alimentação* (custo médio para alimentação/higiene/limpeza)	R\$
Educação (mensalidade escola, faculdade, cursos)	R\$
Transporte* (vale transporte/combustível)	R\$
Financiamento Veicular	R\$
Cursos (Inglês, outros)	R\$
Mensalidade Academia e/ou Clube	R\$
Farmácia (medicamentos)	R\$
Ortodôntica/Odontologia ((inclusive os desc. em folha de pagamento)	R\$
Empréstimos (inclusive os consignados)	R\$
Outros:	R\$
Outros:	R\$
Outros	R\$
<b>Total (inserir o valor total das despesas)</b>	<b>R\$</b>

**\*Inserir valor médio de despesa mensal**

**MOTIVO DA SOLICITAÇÃO DE BOLSA DE ESTUDO:**


*Estou ciente de que o preenchimento desta ficha de "Pré Cadastro de Interesse - Bolsa de Estudo – Ano Letivo 2024", não garantirá a efetivação da inscrição para Processo Seletivo de Bolsa de estudo, não garantirá concessão de bolsa de estudo (integral ou parcial) ou qualquer desconto comercial nesta instituição.*

Assinatura do Responsável legal pelo Estudante: