



Informações do aluno



FICHA SOCIOECONÔMICA Ano de referência: 2026 Número do processo: Filantropia 0001/2026

Aluno(a):		Idade:		
Endereço:	Bairro:			
Município:				
Curso / Série:		Turno:		
Pai:	CPF:	RG:		
Tul.	CIT.	NG.		
E-mail :		Celular:		
Ocupação:		Tel. do trabalho		
Reside com o aluno:				
Mãe:	CPF:	RG:		
E-mail:		Celular:		
Ocupação:		Tel. do trabalho:		
Reside com o aluno:				
Responsável:				
Grau parentesco:		Reside com o aluno:		
Grad parentesco.		Reside como didio.		
Dados da solicitação desconto				
Tipo da solicitação				
Justificativa				
Dados do grupo familiar				
Renda bruta familiar(Valor sem descontos de empréstimos ou INSS) : R\$	Quantidade de membros que residem na mesma residência contando com o(a) aluno(a):	Renda per capita:		
Situação conjugal dos pais				
ontalague conjugui a copula	Tipo da residênda	Valor aluguel/financiamento:		
Possui veículo(s)	Quantos de veículo(s)?	Veículo financiado:		
	Outro(s) mombro(s) do famílio estudam em			
Modelo do(s) veículo(s):	Outro(s) membro(s) da família estudam em instituição particular	Caso afirmativo, quantos		
		A familia vanfuni da Balaa		
Soma dos valores das mensalidades desses Algum membro da família é beneficiado pe membros: FIES ou PROUNI?		A família usufrui do Bolsa Família		
membros.	TIES OUT ROOM!			
Caso afirmativo, número do NIS:	Alguém da família recebe BPC(Benefício de Prestação Continuada)?	Caso afirmativo, valor do benefício recebido		
Reside alguma pessoa idosa	Caso afirmativo, nome do aposentado(a):			
Reside alguma pessoa com deficiência	Caso afirmativo, qual o tipo de deficiência:	A pessoa com deficiência recebe BPC?		
Algum membro da família possui doença grave				
com comprovação médica?	Qual doença?			
Informações sobre os membros que residem	com o aluno			

Nome	Parentesco	Estado civil	Data de nasc.	Idade	Escolaridade	Atividade	Renda mensal
Soma dos rendimentos							

Comissão





FICHA SOCIOECONÔMICA Ano de referência: 2026 Número do processo: Filantropia 0001/2026

Despesas mensais da família(Valor médio - R\$)

Alimentação	Água	Luz	Transporte	Medicamento	Plano de saúde	Outras despesas
R\$	R\$	R\$	R\$	R\$	R\$	R\$

Total de despesas:

Direção

Declaro que as informações apresentadas neste formulário são verdadeiras e de minha inteira responsabilidade, e permito caso necessário, a visita em minha residência do assistente social da Instituição.
Palmeira dos Índios/AL, //
Assinatura do responsável
USO EXCLUSIVO DA INSTITUIÇÃO