ASSOCIAÇÃO INSTRUÇÃO EDUCAÇÃO E CARIDADE (AIEC)

ESCOLA DE ENSINO MÉDIO
NOSSA SENHORA DO HORTO

Mantida pela Associação Instrução Educação e Caridade
Decreto de Criação 312 de 07/02/1909
Cadastro no CEED nº 131002 de 29/06/99
Rua Monte Caseros, 3261 - CEP 97.501-622
Fone 3412-1954 Uruguaiana - Rio Grande do Sul

FORMULÁRIO OFICIAL — PROCESSO SELETIVO DE BOLSAS CEBAS

REQUERIMENTO DE BOLSA DE ESTUDO E FICHA DE AVALIAÇÃO SOCIOECONÔMICA

Ano letivo de 2027 — Anexo ao Edital de Concessão de Bolsas de Estudo CEBAS 2027

Unidade de Ensino: ESCOLA DE ENSINO MÉDIO NOSSA SENHORA DO HORTO

À Comissão de Concessão de Bolsas de Estudo (CCBE) — ASSOCIAÇÃO INSTRUÇÃO EDUCAÇÃO E CARIDADE (AIEC)

Venho requerer a análise da presente Ficha de Avaliação Socioeconômica, tendo em vista a possibilidade de concessão de bolsa de estudo (conforme Edital de Concessão de Bolsas de Estudo CEBAS 2027 e legislação aplicável — Lei Complementar nº 187/2021), cujo teor declaro conhecer e ao qual me sujeito integralmente, nas parcelas de encargos educacionais que compõem a anuidade do(a) aluno(a) de quem sou responsável legal e/ou financeiro, para o ano letivo de 2027.

( ) Pedido novo ( ) Renovação

1. IDENTIFICAÇÃO DO(A) ALUNO(A) CANDIDATO(A)

NOME:		
Nº Matricula:	**Sexo**: ( ) F ( ) M	**Idade:**
Data de nascimento:		
Endereço completo: _____		
Bairro:	**CEP:**	**Cidade:**
Ano a cursar em 2027:	**Turno:**	**Turma:**
Telefone(s) para contato (residencial/celular):		

2. INFORMAÇÕES DO PAI

NOME:	
Situação: ( ) Presente ( ) Falecido ( ) Separado ( ) Outros:	
Idade:	**RG/CPF:**
Endereço (se diverso do aluno): _____	
Bairro: **CEP:** **Cidade:**	
Telefone: **Celular:**	
Local de Trabalho/atividade:	
Renda bruta mensal:	

3. INFORMAÇÕES DA MÃE

NOME:	
Situação: ( ) Presente ( ) Falecido ( ) Separado ( ) Outros:	
Idade:	**RG/CPF:**
Endereço (se diverso do aluno): _____	
Bairro: **CEP:** **Cidade:**	
Telefone: **Celular:**	
Local de Trabalho/atividade:	
Renda bruta mensal:	

4. IDENTIFICAÇÃO DO(A) RESPONSÁVEL (quando distinto dos pais)

NOME:	
Parentesco/qualidade com o(a) aluno (a):	
RG/CPF:	
Documento comprobatório da responsabilidade (guarda, tutela etc.):	
Telefone: **Celular:**	
Local de Trabalho/atividade:	
Renda bruta mensal:	

5. COMPOSIÇÃO DO GRUPO FAMILIAR

Relacionar todas as pessoas que residem no mesmo domicílio do(a) aluno(a), incluindo crianças, iniciando pelo(a) próprio(a) aluno(a).

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

5. MORADIA

( ) Próprio ( ) Alugado Valor do aluguel R$_____	( ) Cedido – Nome e Parentesco como o Proprietário:_____ _____ _____.	( ) Financiado Valor da Prestação R$ _____ _____

6. VEÍCULOS

MARCA/MODELO	ANO DE FABRICAÇÃO	UTILIZAÇÃO	
		Comercial	Passeio

7. FILHOS ESTUDANDO EM OUTRAS ESCOLAS PARTICULARES

NOME	ESCOLA	VALOR DA PARCELA R$

8. CONDIÇÕES DE SAÚDE

Há alguém na família em tratamento médico? ( ) Não ( ) Sim	Uso contínuo de medicamentos? ( ) Não ( ) Sim	Despesa mensal (R$)
Nome	**Tipo de doença/condição**	

Doenças crônicas consideradas: pulmonares, renais, oncológicas, hematológicas, autoimunes, neurológicas (ex.: epilepsia), cardíacas, entre outras. Pessoa com deficiência: física, intelectual, sensorial (auditiva/visual) ou múltipla, nos termos da Lei nº 13.146/2015.

( ) Há caso de doença crônica na família ( ) Há pessoa com deficiência na família

9. DESPESAS MENSAIS BÁSICAS DO GRUPO FAMILIAR (R$)

DESPESAS	VALOR: R$	DESPESAS	VALOR: R$
Água		IPTU	
Luz		Imposto de Renda	
Telefone		INSS	
Alimentação		Transporte Escolar	
Aluguel (quando for o caso)		Educação	
Condomínio		Outro Tipo de Financiamento	
Plano de Saúde			
OUTRAS DESPESAS * Especificar			
		SOMA TOTAL R$	

11. MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

Telefone e e-mail de referência para divulgação do resultado do processo seletivo: _____

Declaro, sob as penas da lei, serem verdadeiras as informações prestadas neste formulário, ciente de que a não veracidade acarretará a anulação do pedido de concessão de bolsa e, se já concedida, o cancelamento do benefício e o ressarcimento dos valores correspondentes, sem prejuízo das demais sanções cabíveis. Declaro, ainda, ter ciência de que os dados pessoais e sensíveis aqui prestados serão tratados pela ASSOCIAÇÃO INSTRUÇÃO EDUCAÇÃO E CARIDADE (AIEC) exclusivamente para fins de avaliação socioeconômica e gestão do processo seletivo de bolsas de estudo, nos termos da Lei nº 13.709/2018 (LGPD) e da Cláusula Décima Quarta do Contrato de Prestação de Serviços Educacionais 2027.

Uruguaiana, _____ de _____ de 2026.

_____

[NOME DO(A) RESPONSÁVEL LEGAL]

CPF: _____._____._____-_____

DOCUMENTAÇÃO A SER ANEXADA

a) cópia da Carteira de Identidade e CPF, ou Certidão de Nascimento, de todos os integrantes do grupo familiar, incluindo o(a) responsável financeiro(a);

b) cópia da certidão de casamento dos pais, ou certidão averbada com separação judicial/divórcio;

c) cópia da certidão de óbito, em caso de falecimento de um dos genitores;

d) Ficha de Avaliação Socioeconômica devidamente preenchida (este documento);

e) comprovantes de despesas com água, luz, telefone, saúde, educação e transporte coletivo ou escolar;

f) comprovantes dos últimos 3 (três) contracheques de todos os membros do grupo familiar, ou comprovante de aposentadoria/pensão alimentícia, quando aplicável;

g) em caso de desemprego: cópia da rescisão contratual, baixa na carteira de trabalho digital e comprovante do Seguro-Desemprego;

h) cópia da escritura ou matrícula do imóvel, IPTU, contrato de aluguel com último recibo, ou contrato de financiamento, conforme o caso;

i) cópia do documento de propriedade e/ou financiamento de veículo(s), quando houver;

j) cópia da última Declaração de Imposto de Renda Pessoa Física de todos os membros do grupo familiar com CPF (não serão aceitas certidões de situação cadastral do CPF);

k) cópia da última Declaração de Imposto de Renda Pessoa Jurídica e do Contrato Social, quando sócio(a) ou proprietário(a) de empresa;

l) cópia de laudo médico ou avaliação biopsicossocial, com validade máxima de 6 (seis) meses, comprovando deficiência ou doença crônica no grupo familiar, quando for o caso;

m) comprovante de pagamento de mensalidades de clubes, academias ou associações, quando houver;

n) se trabalhador(a) autônomo(a) ou profissional liberal: guias de recolhimento previdenciário dos últimos 3 (três) meses e DECORE emitida por contador(a) inscrito(a) no CRC;

o) se proprietário(a) de empresa: comprovante de pró-labore;

p) se aposentado(a) ou pensionista: comprovante de rendimento do INSS ou de regime próprio de previdência;

q) declaração de quitação de débitos junto à escola de origem, quando houver transferência.

PARECER TÉCNICO – USO EXCLUSIVO DO(A) ASSISTENTE SOCIAL DA CCBE		
Nome do(a) aluno(a):		Série/Ano a cursar em 2027:
Renda familiar bruta R$:	Nº de membros da família:	Renda percapita R$:
Índice de Classificação (IC):		
Enquadramento no critério de corte legal (LC 187/2021): ( ) Sim ( ) Não		
Parecer social:		
Deliberação da CCBE: ( ) Deferido ( ) Indeferido		Percentual de bolsa concedido: ( ) 50% ( ) 100%
Justificativa (em caso de indeferimento ou de deferimento parcial):		
Assistente Social – CRESS/UF Nº:		Data: ____/____/____
Presidente da CCBE:		Data: ____/____/____