



**FICHA SOCIOECONOMICA – SOLICITAÇÃO DE BOLSA**  
*Educação Superior – Modalidade EAD*

**Dados Preliminares**

Instituição de Ensino Mantida: **Faculdade Cenecista de Osório** Polo: **Itajaí**  
Educação: ( ) Infantil ( ) Fundamental ( ) Médio ( ) Profissional ( ) EJA (  ) Superior  
Curso: \_\_\_\_\_ Turma \_\_\_\_\_  
Processo: ( ) Renovação ( ) Novatos

**Identificação do(a) Candidato(a)**

Nome Completo: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_ Complemento: \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_  
Estado/UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ Emissor: \_\_\_\_\_ CTPS: \_\_\_\_\_  
Estado Civil: ( ) Solteiro(a) ( ) Casado(a) ( ) Divorciado(a) ( ) União Estável ( ) Viúvo  
Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino Auto declaração de cor/raça: ( ) Negra ( ) Parda ( ) Branca ( ) Indígena ( ) Amarela  
**O(a) candidato(a) já é bolsista ou possui desconto comercial na CNEC?**  
( ) Não ( ) Sim – qual tipo de bolsa/desconto \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ %

**O(a) Candidato(a) estudou o Ensino Médio em:**

( ) Escola Pública ( ) Escola Privada com bolsa integral ( ) Escola Privada ( ) Parte Escola Pública e Parte Escola Privada

**O(a) Candidato(a) possui Financiamento Estudantil (FIES)?**

( ) Não ( ) Sim – Percentual: \_\_\_\_\_ %

**O(a) Candidato(a) é professor efetivo da Rede Pública de Ensino e pretende vaga em cursos de formação para magistério?**

( ) Não ( ) Sim – Qual Curso/Titulação: \_\_\_\_\_

**O(a) Candidato(a) possui formação superior?**

( ) Não ( ) Sim – Qual Curso/Titulação: \_\_\_\_\_

**O(a) Candidato(a) tem vínculo acadêmico em outra Instituição?**

( ) Não ( ) Sim – Qual Instituição: \_\_\_\_\_

**A empresa do(a) candidato(a) fornece algum tipo de auxílio para fins de bolsa de estudo?**

( ) Não ( ) Sim

**O(a) candidato(a) irá assinar o Contrato de Prestação de Serviço da CNEC?**

( ) Não ( ) Sim

**Moradia do(a) candidato(a) (Marque com um X)**

Em área urbanizada	Em área de vulnerabilidade e risco	Em área rural
( ) Moradia própria	( ) Moradia própria	( ) Moradia própria
( ) Financiamento comum	( ) Moradia Alugada	( ) Moradia Alugada
( ) Financiamento moradia popular	( ) Moradia Cedida	( ) Moradia Cedida
( ) Moradia Alugada	( ) Cômodo Cedido	( ) Cômodo Cedido
( ) Moradia Cedida	( ) Posse	( ) Posse
( ) Cômodo Cedido		
( ) Moradia cedida governamental		
( ) Posse		

**Cônjuge do(a) Candidato(a)**

Nome Completo: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_ Complemento: \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_  
Estado/UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ Emissor: \_\_\_\_\_ CTPS: \_\_\_\_\_  
Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino Auto declaração de cor/raça: ( ) Negra ( ) Parda ( ) Branca ( ) Indígena ( ) Amarela  
Responsável em assinar o Termo de Adesão de contrato de Prestação de Serviço na CNEC: ( ) Sim ( ) Não





**Filiação – Mãe**

Nome Completo: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Complemento: \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_  
Estado/UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ Emissor: \_\_\_\_\_ CTPS: \_\_\_\_\_  
Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino Auto declaração de cor/raça: ( ) Negra ( ) Parda ( ) Branca ( ) Indígena ( ) Amarela  
Responsável em assinar o Termo de Adesão de contrato de Prestação de Serviço na CNEC: ( ) Sim ( ) Não

**Filiação – Pai**

Nome Completo: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Complemento: \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_  
Estado/UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ Emissor: \_\_\_\_\_ CTPS: \_\_\_\_\_  
Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino Auto declaração de cor/raça: ( ) Negra ( ) Parda ( ) Branca ( ) Indígena ( ) Amarela  
Responsável em assinar o Termo de Adesão de contrato de Prestação de Serviço na CNEC: ( ) Sim ( ) Não

**Representante legal** (OBS. Preencher somente em caso de guarda judicial, tutela, ou comprovante de órgãos afins).

Nome Completo: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Complemento: \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_  
Estado/UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ Emissor: \_\_\_\_\_ CTPS: \_\_\_\_\_  
Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino Auto declaração de cor/raça: ( ) Negra ( ) Parda ( ) Branca ( ) Indígena ( ) Amarela  
Responsável em assinar o Termo de Adesão de contrato de Prestação de Serviço na CNEC: ( ) Sim ( ) Não

**Bens do Grupo Familiar** (Imóveis Automóveis e outros).

Nº	Descrição	Valor do Bem	Valor da parcela do financiamento (se for o caso)
01			
02			
03			
04			
05			
06			

**Outros tipos de renda**

Nº	Descrição	Valor R\$	Parentesco	A ser preenchido pelo BEN	CNEC
01	Recebe aluguel de imóveis ou outros?			A ser preenchido pelo BEN	
02	Recebe ajuda de terceiros?				
03	Outros				

**Membros da família que recebem benefícios**

Nº	Descrição	Valor R\$	Parentesco	A ser preenchido pelo BEN	CNEC
01	Benefício de Prestação Continuada – BPC			A ser preenchido pelo BEN	
02	Pensão Alimentícia				
03	Pensão por Morte				
04	Aposentadoria				
05	Auxílio Doença				
06	Bolsa Família/PET/ProJovem e outros benefícios do Governo Federal				
07	Benefício de Assistência Social (Municipal/Estadual)				





**Outro membro do grupo familiar concorrendo à bolsa de estudo na Instituição Educacional Mantida?**

( ) Não ( ) Sim: 1. \_\_\_\_\_ (Curso/Período) \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_ (Curso/Período) \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_ (Curso/Período) \_\_\_\_\_

**Grupo Familiar** (informar todos os membros do grupo familiar, inclusive o(a) candidato(a))

Nº	Nome Completo	Parentesco	Data de Nascimento	Profissão	Idade	Renda Valor R\$	A ser preenchido pelo BEN	CNEC	
01		CANDIDATO(A)	/ /						
02			/ /						
03			/ /						
04			/ /						
05			/ /						
06			/ /						
07			/ /						
08			/ /						
09			/ /						
10			/ /						
11			/ /						
12			/ /						
Valor da renda familiar mensal bruta						R\$			
Valor da renda per capita mensal						R\$			

**Pessoas com deficiência e doença crônica**

**O(a) candidato(a) possui deficiência, conforme o decreto 3298/1999?** ( ) Não ( ) Sim

**Em caso afirmativo, está apto a exercer atividade laboral/trabalho?** ( ) Não ( ) Sim

**Assinale em caso positivo:**

( ) Deficiência Física ( ) Deficiência Mental ( ) Deficiência Auditiva ( ) Deficiência visual ( ) Deficiência Múltipla

**Custo Mensal:** R\$ \_\_\_\_\_

**Alguns dos membros do grupo familiar possuem doença crônica/ deficiência?** (Somente as que impossibilitem para o trabalho ou que o tratamento gere custos não cobertos pelo SUS)

( ) Não ( ) Sim: **Qual doença?** \_\_\_\_\_

**Custo Mensal:** R\$ \_\_\_\_\_

**Motivos pelos quais solicita a bolsa**

- ( ) Financeiros  
( ) Qualidade do Ensino  
( ) Localização da Instituição Educacional Mantida  
( ) Perfil socioeconômico conforme o Edital  
( ) Todos os tópicos acima  
( ) Outros \_\_\_\_\_

Declaro sob as penas da lei, que li o Edital do Processo Seletivo para Concessão/Renovação de Bolsas de Estudo da CNEC que concordo e estou ciente das informações prestadas nesta ficha de inscrição, bem como é de minha inteira responsabilidade o acompanhamento dos prazos e procedimentos.

Por ser verdade firmo o presente.

Itajaí, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /201\_\_\_\_\_  
Local e Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Responsável