

# Instituição Adventista Nordeste Brasileira de Educação e Assistência Social



CNPJ: 07.114.699/0001-60

Faculdade  
Adventista

FADBA

## FORMULÁRIO SOCIOECONÔMICO PARA SOLICITAÇÃO DE BOLSA PROUNI

### Processo Seletivo 2021.1 – Ensino Superior

#### 1. DADOS DA UNIDADE DE ENSINO

Curso(graduação):	Turno e Período:
Estuda na FADBA? Não ( ) Sim ( ) Aluno (a) externo ou interno ?	Número de Matrícula:

#### 2. DADOS DO(A) ESTUDANTE

Nome completo (sem abreviar):			
Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino	Data de Nascimento: / /	Idade:	
Nacionalidade:	CPF:	RG/RNE:	
Filiação:	Estado Civil do(a) aluno (a):		
Mãe: _____	Solteiro ( ) Casado ( ) Viuvo ( )		Outros: _____
Pai			
E-mail:	Celular: ( )		
Endereço do(a) Aluno(a):			
Bairro:	Município:	UF:	CEP:
Estudante possui Deficiência - PcD*? ( ) Sim ( ) Não <small>* Conforme especificações do Decreto 3.298 de 20 de dezembro de 1999.</small>	Se portadora de deficiência, qual categoria ? ( ) física ( ) auditiva ( ) visual ( ) mental ( ) múltipla * outros _____ <small>* Associação de duas ou mais deficiências.</small>		
É bolsista de algum programa de educação? ( ) Sim, bolsa de _____% ( ) Não			
Possui financiamento educacional? ( ) Não ( ) Sim, Porcentagem: _____			
Possui CadÚnico? ( ) Sim. Nº do NIS: _____ ( ) Não			
Endereço de Origem: (Onde reside o grupo familiar do aluno dependente da renda familiar):			
Rua:	Nº:	Bairro:	
Município:	UF:	CEP:	

#### 3. DADOS DO RESPONSÁVEL LEGAL

Nome Completo (sem abreviar):			
CPF:	RG/RNE:	Parentesco:	
Telefone: ( )	Cel.(wahtsApp): ( )	Estado Civil:	
E-mail:			

#### 4. INFORMAÇÕES DO(A) ALUNO(A) E CURRICULARES

Reside: Com Família ( ) Com Parentes ( ) Em Repúblicas ( ) Em Pensionato ( ) Sozinho ( ) Outro ( )	
Empregado ou estagiário Não ( ) Sim ( ) Cargo/Função:	Tempo de Serviço:
Desempregado ? Não ( ) Sim ( )	Há quanto tempo?

Participou da seleção do ENEM ? ( ) Não ( ) Sim Ano: Pontuação:

Cursou Ensino Médio: Rede Pública ( ) Rede pública e Privada com bolsa integral ( ) Rede privada com bolsa Integral ( )

Está cursando graduação atualmente ( ) não ( ) sim Qual curso e Instituição de Ensino Superior? \_\_\_\_\_

Já possui um curso universitário concluído? Não ( ) Sim ( ) Qual?

Matriculado/Frequentando outro curso universitário? Não ( ) Sim ( ) Qual? Onde?

Há outro(s) universitário(s) e/ou estudantes no grupo familiar? Não ( ) Sim ( ) Qual Instituição?

Nome (s):

Parentesco: Curso ou ano/série:

Outro membro do grupo familiar possui benefício educacional ? ( ) não ( ) sim

Qual? Porcentagem:

**5. DADOS DO GRUPO FAMILIAR, INCLUINDO O(A) ESTUDANTE**

**Grupo Familiar:** "grupo familiar a unidade nuclear composta por uma ou mais pessoas, eventualmente ampliada por outras pessoas que contribuam para o rendimento ou tenham suas despesas atendidas por aquela unidade familiar, todas moradoras em um mesmo domicílio". Art. 12, caput, da PN nº 15/2017

\* **Valor da Renda Bruta Mensal:** Somatório do valor bruto de salários, proventos, pensões, aposentadorias, comissões, pró-labore, lucros, rendimentos de qualquer natureza, ou seja, outros rendimentos do trabalho não assalariado, rendimentos do trabalho informal ou autônomo, rendimentos auferidos do patrimônio (aluguel ou arrendamento de imóveis), percebidos pelos membros do grupo familiar.

	Nome	Nome do candidato(a)	Idade	Parentesco	Estado Civil	*Valor da Renda Bruta Mensal
1.						R\$
2.						R\$
3.						R\$
4.						R\$
5.						R\$
6.						R\$
7.						R\$

**5.1 OUTRAS FONTES DE RENDA**

Valor recebido de pensão alimentícia (sendo judicial ou não, informar quanto recebe)	R\$
Valor recebido de imóvel alugado ou arrendado	R\$
Valor recebido de ajuda financeira: ( ) Familiar ( ) Outro	De quem recebe?
<b>TOTAL RENDA FAMILIAR BRUTA</b>	<b>R\$</b>

**5.2 DOENÇA CRÔNICA**

Existe Doença Crônica, com laudo médico no Grupo Familiar? ( ) Não ( ) Sim

Tipo de doença: Grau de parentesco:

Tipo de doença: Grau de parentesco:

**5.3 PESSOA COM DEFICIÊNCIA - PcD** (Conforme especificações do Decreto 3.298 de 20 de dezembro de 1999)

Existe no Grupo Familiar Pessoa com Deficiência? ( ) Não ( ) Sim

Categoria: ( ) física ( ) auditiva ( ) visual ( ) mental ( ) múltipla * *Associação de duas ou mais deficiências.	Grau de parentesco:
--	---------------------

#### 5.4. MORADIA DO(A) ALUNO(A)

O imóvel em que o(a) estudante reside localiza-se em área: ( ) urbana ( ) rural ( ) de vulnerabilidade e risco

A moradia do(a) Aluno (a) é: ( ) Própria ( ) Cedida ( ) Alugada ( ) Financiada ( ) Outro (especificar):

#### 5.5. MORADIA DA FAMÍLIA

O imóvel em que o grupo familiar reside localiza-se em área: ( ) urbana ( ) rural ( ) de vulnerabilidade e risco

A moradia da Família é: ( ) Própria ( ) Cedida ( ) Alugada ( ) Financiada ( ) Outro (especificar):

#### 5.6. PROGRAMA DO GOVERNO

O grupo familiar participa de algum programa do governo? ( ) Não ( ) Sim. Qual?

Tem algum membro da família beneficiário do BPC? ( ) Não ( ) Sim Quantos? \_\_\_\_\_ R\$ \_\_\_\_\_

### 6. RELAÇÃO DE BENS MÓVEIS E IMÓVEIS DO GRUPO FAMILIAR

Gentileza preencher o valor dos bens de acordo com o valor médio de mercado.

IMÓVEIS PRÓPRIOS				INVESTIMENTOS FINANCEIROS	
Descrição	Quantidade	Financiamento (valor da parcela)	Valor do Bem	Descrição	Valor
Casa / Apartamento		R\$	R\$	Aplicação / Fundos	R\$
Sítio/Chácara		R\$	R\$	Poupança	R\$
Terreno		R\$	R\$	Dinheiro em Caixa	R\$
<b>VALOR TOTAL</b>			<b>R\$</b>	<b>VALOR TOTAL</b>	<b>R\$</b>

#### AUTOMÓVEL (carro, caminhonete/camioneta, caminhão/carreta), MOTOCICLETA, EMBARCAÇÃO, AERONAVE OU OUTRO VEÍCULO

Marca	Modelo	Ano de Fabricação	Financiamento (valor da parcela)	Valor do Bem
1.			R\$	R\$
2.			R\$	R\$
3.			R\$	R\$
<b>VALOR TOTAL</b>				<b>R\$</b>

### 7. DESPESAS DO ÚLTIMO MÊS

7.1 MORADIA	Valor Mensal
Aluguel ou Financiamento do imóvel	R\$
Internet	R\$
Condomínio (mensalidade)	R\$
Energia Elétrica	R\$
Água e Saneamento	R\$
Gás	R\$
Telefone Fixo + Celular de todos do grupo familiar	R\$
Outro serviço (especificar – Ex.: IPTU)	R\$
7.2 ALIMENTAÇÃO	Valor Mensal

Alimentação média mensal: supermercado, feira, padaria, açougue etc			R\$
<b>7.3 SAÚDE</b>			<b>Valor Mensal</b>
Convênio Médico / Plano de Saúde de todos os membros do grupo familiar			R\$
Doença Crônica no Grupo Familiar			R\$
Outro serviço (especificar)			R\$
<b>7.4 EDUCAÇÃO</b>			
<b>Discriminação dos Gastos Mensais</b>	<b>Quem? (Nome/Sobrenome)</b>	<b>Onde? (Instituição)</b>	<b>Valor Mensal</b>
Mensalidade Educação Básica (Ens. Infantil, Ens. Fundamental e Médio)			R\$
Mensalidade Educação Superior			R\$
Curso de Idiomas (Inglês e/ou outros)			R\$
Outras despesas (especificar):			R\$
Transporte utilizado para educação ( ) Pago/escolar ou fretado ( ) Próprio/combustível ( ) Público			R\$
<b>7.5 AUTOMÓVEL</b>			<b>Valor Mensal</b>
IPVA (valor dividido em doze meses)			R\$
Seguro do Carro (valor dividido em doze meses)			R\$
<b>7.6 FINANCIAMENTO OU EMPRÉSTIMO</b>			<b>Valor Mensal</b>
Financiamentos bancários / Empréstimos			R\$
Outros (especificar)			R\$

<b>8. DECLARAÇÃO DE IMPOSTO DE RENDA PESSOA FÍSICA</b>		
Informações relacionadas ao Imposto de Renda pessoa Física do Exercício de 2019:		
<b>Membro do Grupo Familiar (Nome e Sobrenome)</b>	<b>Condição para IRPF (Declarante ou Isento?)</b>	<b>Declarou este ano? Sim ou Não</b>

## 9. OBSERVAÇÕES

- Não será aceito o preenchimento do Formulário Socioeconômico para Solicitação de Bolsa Educacional com rasuras e/ou entrega de documentação incompleta para efetivar inscrição;
- Se possível, as declarações poderão ser escritas em apenas um documento, no qual informe todas as circunstâncias, com exceção da Declaração de Rendimento e Declaração de União Estável. É necessário reconhecimento de firma do declarante em cartório, porém, caso não consiga, poderá apresentar as declarações com duas testemunhas conforme indicado no Edital. Consulte o Edital;
- As informações apresentadas neste formulário poderão ser conferidas pela Receita Federal do Brasil;
- A bolsa de estudo não será cumulativa com nenhum outro benefício educacional.

## 10. DECLARAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_  
declaro sob as penas da lei (Artigo 299 do Código Penal Brasileiro) a veracidade e autenticidade dos documentos anexados e das informações prestadas por mim neste cadastro socioeconômico para solicitação de bolsa educacional, e estou ciente que omitir ou declarar informações falsas é crime, com pena de reclusão de 1 a 5 anos e multa, se o documento for público; e reclusão de 1 a 3 anos, se o documento for particular.

Declaro ainda, que estou ciente de que a Entidade poderá solicitar outros documentos se julgar necessário e que o benefício concedido com base neste Formulário Socioeconômico terá validade somente para as parcelas/mensalidades referente ao ano letivo de 2021. Os percentuais de bolsas de estudos serão determinados de acordo com os critérios previstos na Lei nº 12.101/2009, Decreto nº 8.242/2014 e Portaria Normativa nº 15/2017 do MEC.

Ao assinar esta declaração, eu concordo de que a qualquer tempo poderá ser averiguado por um(a) assistente social a veracidade das informações prestadas, mediante visita domiciliar e/ou entrevista, a fim de aferir as informações relativas ao meu perfil socioeconômico e do grupo familiar, mediante análise acurada da documentação apresentada com a finalidade de obter a manutenção ou concessão do benefício da bolsa de estudo. Estou ciente dos motivos que podem resultar no cancelamento da bolsa educacional, respaldada nos §§§ 1º, 2º e 3º, do art. 15, da Lei nº 12.101/2009, e que não haverá recurso de revisão neste processo seletivo, conforme estabelecido no edital. Estou ciente de que as informações referente ao bolsista e seu respectivo responsável serão apresentadas aos Órgãos Públicos competentes em atendimento à legislação vigente, com possibilidade de divulgação, de acordo com a Legislação de Transparência.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do solicitante (responsável legal)  
(A assinatura deve igual à que consta no RG ou CNH)

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) Aluno(a)  
(A assinatura deve igual à que consta no RG ou CNH)