FOTO 3X4 RECENTE

DOM BOSCO
AMERICANA

FICHA DE RENOVAÇÃO DE GRATUIDADE – 2026

PARA USO DA INSTITUIÇÃO:
Gratuidade concedida:_____%
Cancelamento em: ____/____/____ Causa:_____
Transferência em: ____/____/____ ☐ Interna:_____☐ Externa:_____

1. DADOS PESSOAIS ALUNO: (preencher todos os campos, se não tiver nada a declarar passar um traço)

ALUNO:
Nome:_____RA_____
Data de nascimento: ____/____/_____ Ano/Série em 2026:_____Período:_____
Endereço/Rua:_____nº_____Bairro:_____
Cidade: _____CEP_____Possui CAD ÚNICO?☐Não ☐Sim
Complemento:_____
Tem irmãos nesta escola? ☐ Não ☐ Sim:
Nome: _____Ano/Série em 2026:_____
Nome: _____Ano/Série em 2026:_____

2. DADOS PESSOAIS PAI/MÃE/RESPONSÁVEL

DADOS DA MÃE/RESPONSÁVEL:
Nome: _____ CPF: _____
Celular: (___)_____E-mail:_____

DADOS DO PAI/RESPONSÁVEL:
Nome: _____ CPF: _____
Celular:(___)_____E-mail:_____

3. QUADRO DE COMPOSIÇÃO FAMILIAR: Iniciar o preenchimento do quadro com os dados do (a) aluno (a). Neste deverá constar o nome de **todas** as pessoas que moram na mesma residência do (a) aluno (a), inclusive crianças. Especificar se a família e seus integrantes recebem algum benefício ou pensão**.**

Nome	Parentesco	Idade	Escolaridade	Estado Civil	Profissão ou Atividade	Renda Bruta (não preencher)
Benefício do Governo/ Programa de Transferência de Renda: ☐Não ☐Sim – Qual?						
Pensão por morte: ☐Não ☐Sim – Quem recebe?						
Pensão alimentícia: ☐Não ☐Sim – Quem recebe?						
Aluguel a receber: ☐Não ☐Sim						
TOTAL DA RENDA FAMILIAR						
FAMILIAR TOTAL DA RENDA FAMILIAR PER CAPITA						

4. PROPRIEDADES DA FAMÍLIA:

4.1 Possui empresa Comercial/Industrial/Prestação de serviços/Outras?
☐Não ☐Sim - Ramo de atuação:_____CNPJ:_____

4.2 BENS IMÓVEIS: SIM ( ) NÃO ( )

☐ Casa	☐ Apartamento	☐Terreno	☐Salão comercial
☐Chácara	☐Sítio	☐Outro:	
Algum imóvel é financiado? ☐Não ☐Sim		Qual?	Valor: R$
Algum imóvel gera renda? ☐Não ☐Sim		Valor: R$	

4.3 BENS MÓVEIS (CARROS, MOTOS, OUTROS): SIM ( ) NÃO ( )

Marca	Modelo	Ano

5. SITUAÇÃO DE MORADIA:

☐ Imóvel próprio	☐ Imóvel alugado Valor R$_____	☐ Imóvel cedido Por (nome) :_____

6. SITUAÇÃO DE SAÚDE: (anexar laudos médicos com CID)

Algum membro da família possui doença crônica/problema relevante e faz uso contínuo de medicamento?
SIM ( ) NÃO ( )

Nome	Diagnóstico	Nome do medicamento	Valor
			R$
			R$

7. DESPESAS MENSAIS BÁSICAS:

ALIMENTAÇÃO	R$	PRESTAÇÃO DE CARRO/MOTO	R$
ÁGUA	R$	CONVÊNIO MÉDICO	R$
LUZ	R$	FARMÁCIA	R$
TELEFONE/ CELULAR	R$	TRANSPORTE FAMILIAR (gasolina/vale transporte)	R$
IPTU	R$	PENSÃO ALIMENTÍCIA	R$
TV A CABO E INTERNET	R$	ESCOLA/CURSOS	R$
ALUGUEL	R$	OUTRAS:	
CONDOMÍNIO	R$		
FINANCIAMENTO DA CASA	R$		
		TOTAL R$	

8. ***Consigna-se que constatada qualquer falsidade nas informações prestadas e/ou juntada de documentos que demonstrem situação diversa da real, objetivando o beneficio indevido da gratuidade, pela instituição, fica resguardado o direito quanto ao ingresso da competente Ação Penal, com fulcro nos artigos 297, 298, 299, 301, 302 e 305 do Código Penal Lei 2.848/40, bem como Ação de Reparação de Danos na hipótese subsumida no artigo 159 do Código Civil Lei 10.406/02, ambos pertencentes ao Ordenamento Jurídico Pátrio.***
9. ***Declaro que sou o responsável legal dos titulares de dados pessoais que são menores de 16 anos, aqui informados e quanto aos titulares de dados pessoais maiores de 16 anos, declaro que eles estão cientes e consentem com a sua inclusão no presente formulário de acordo com a Lei 13.709/2018 (LGPD) que tem única e exclusiva finalidade de solicitação de gratuidade para o ano de 2026.***
10. ***Declaro, sob pena da lei, serem verdadeiros os dados por mim fornecidos neste formulário e estou ciente de que a não veracidade das informações acarretará a anulação/indeferimento da bolsa de estudo e penalidades acima citada.***

Americana, ____ de _____de _____

_____ _____

Nome por extenso do responsável financeiro Assinatura do responsável financeiro