

FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO SOCIOECONÔMICA

REGISTRO ACADÊMICO:

ASSOCIAÇÃO PADRE PEDRO MAGNONE DE EDUCAÇÃO E CULTURA

REFERENTE AO ANO LETIVO:

2027

Estabelecimento de Educação:  
Centro de Educação Infantil “O GIRASSOL”  
- Apucarana/PR

Nº da Unidade EDUCACENSO:  
41025709

CAPA DO PROCESSO

NOME COMPLETO DO(A) CANDIDATO(A)

ANO E SEGMENTO A CURSAR EM 2027:

PARA USO EXCLUSIVO DO SERVIÇO SOCIAL - RESULTADO DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO SOCIOECONÔMICA:

PARECER DA COMISSÃO INTERNA DE BOLSA FILANTRÓPICA

☐

DEFERIDO

☐

50% PARCIAL

☐

100% INTEGRAL

☐

INDEFERIDO

☐

Não apresentou a documentação solicitada;

☐

Não apresentou a documentação complementar;

☐

Renda per capita superior ao estabelecido por Lei;

☐

Excedeu limite da disponibilidade orçamentária para Bolsa de estudo social.

Renda bruta

Número de membros na família

Renda per capita

R\$

R\$

PARECER TÉCNICO DO SERVIÇO SOCIAL

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ESTE PROCESSO FICARÁ ARQUIVADO NA SEDE DA UNIDADE EDUCACIONAL PELO PERÍODO DE 10 (DEZ) ANOS, CONTADO A PARTIR DA APROVAÇÃO PELO MEC DA RENOVAÇÃO DO CEBAS DO PERÍODO EM QUESTÃO (Lei Complementar nº 187/2021, art. 3º, inciso VI).

|                                                                                                               |                                                                                               |                                                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
|                                | <b>FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO SOCIOECONÔMICA</b><br><b>CONFORME LEI COMPLEMENTAR Nº 187/2021</b> | <b>REGISTRO ACADÊMICO:</b>                     |
|                                                                                                               | ASSOCIAÇÃO PADRE PEDRO MAGNONE DE EDUCAÇÃO E CULTURA                                          | <b>REFERENTE AO ANO LETIVO:</b><br><b>2027</b> |
| <b>Estabelecimento de Educação:</b><br><b>Centro de Educação Infantil "O GIRASSOL"</b><br><b>Apucarana/PR</b> | <b>Nº da Unidade EDUCACENSO:</b><br><b>41025709</b>                                           |                                                |

|                                                                  |                                              |
|------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <b>DATA DO PREENCHIMENTO DESTE FORMULÁRIO:</b><br>____/____/____ | <b>NOME/CARIMBO DO(A) ASSISTENTE SOCIAL:</b> |
|------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|

|                                                                      |                                                                  |                     |                      |
|----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|---------------------|----------------------|
| <b>1. IDENTIFICAÇÃO DO(A) CANDIDATO(A):</b>                          |                                                                  |                     |                      |
| Nome Completo:                                                       |                                                                  | Data de Nascimento: | Idade:               |
|                                                                      |                                                                  |                     | Nº NIS:              |
| Nome Social:                                                         |                                                                  | Naturalidade:       | Nacionalidade:       |
|                                                                      |                                                                  |                     |                      |
| Sexo:                                                                | Pessoa com Deficiência:                                          |                     | Nº do INEP:          |
| <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino | <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, qual? |                     |                      |
| Endereço:                                                            |                                                                  | Nº                  | Bairro:              |
|                                                                      |                                                                  |                     |                      |
| Cidade:                                                              | CEP:                                                             | Estado:             | Ponto de Referência: |
|                                                                      |                                                                  |                     |                      |
| Telefone:                                                            | Celular:                                                         |                     | CPF:                 |
|                                                                      |                                                                  |                     |                      |

|                                                                                 |                                      |                                                                                                                  |                                       |                                                                                          |
|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>2. INFORMAÇÕES ESCOLARES SOBRE O/A CANDIDATO/A À BOLSA DE ESTUDO SOCIAL:</b> |                                      |                                                                                                                  |                                       |                                                                                          |
| Nº de Matrícula                                                                 | Ano ou Série Escolar cursado em 2026 | Em caso de recebimento de Bolsa de Estudo Social no ano letivo de 2026, favor indicar o % de gratuidade aplicada | Ano ou Série Escolar a cursar em 2027 | Pedido de Concessão de Bolsa de Estudo Social                                            |
|                                                                                 |                                      |                                                                                                                  |                                       | <input type="checkbox"/> Candidato Novato<br><input type="checkbox"/> Candidato Veterano |

O(a) candidato(a) tem algum parente na referida Unidade Educacional que possui Bolsa de Estudo Social?

☐ Não    ☐ Sim, qual o grau de parentesco e o ano em que foi concedida a Bolsa de Estudo Social? \_\_\_\_\_

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| <b>3. INFORMAÇÕES DO(S) RESPONSÁVEL(EIS) LEGAL/FAMILIAR PELO ALUNO:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |
| <b>INFORMAÇÕES DA MÃE:</b> Contratante: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |
| Nome: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |
| Nome Social: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |
| Situação da Mãe: ( ) Presente ( ) Falecida ( ) Ausente ( ) Outros: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |
| Endereço da Mãe é o mesmo do(a) candidato(a) descrito no item: ( ) Sim ( ) Não - (em caso negativo preencher o campo com o endereço da Mãe)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |
| Endereço: _____ Nº _____ Bairro: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |
| Cidade: _____ CEP: _____ Estado: _____ Telefone: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |
| Celular: _____ Idade: _____ CPF: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |
| E-mail: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |
| Categoria de ocupação:<br><div> <input type="checkbox"/> Empregado com carteira assinada - CLT    <input type="checkbox"/> Empregador    <input type="checkbox"/> Funcionário Público<br/> <input type="checkbox"/> Aposentado    <input type="checkbox"/> Pensionista    <input type="checkbox"/> Estágio remunerado/Não remunerado<br/> <input type="checkbox"/> Autônomo    <input type="checkbox"/> Desempregado    <input type="checkbox"/> Outro. Especificar: _____         </div> |  |  |

|                                                                                                                                               |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| <b>INFORMAÇÕES DO PAI:</b> Contratante: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                             |  |  |
| Nome: _____                                                                                                                                   |  |  |
| Nome Social: _____                                                                                                                            |  |  |
| Situação do Pai: ( ) Presente ( ) Falecida ( ) Ausente ( ) Outros: _____                                                                      |  |  |
| Endereço do Pai é o mesmo do(a) candidato(a) descrito no item 1: ( ) Sim ( ) Não - (em caso negativo preencher o campo com o endereço do Pai) |  |  |
| Endereço: _____ Nº _____ Bairro: _____                                                                                                        |  |  |

|                                                                                                               |                                                                                               |                                                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
|                                | <b>FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO SOCIOECONÔMICA</b><br><b>CONFORME LEI COMPLEMENTAR Nº 187/2021</b> | <b>REGISTRO ACADÊMICO:</b>                     |
|                                                                                                               | ASSOCIAÇÃO PADRE PEDRO MAGNONE DE EDUCAÇÃO E CULTURA                                          | <b>REFERENTE AO ANO LETIVO:</b><br><b>2027</b> |
| <b>Estabelecimento de Educação:</b><br><b>Centro de Educação Infantil "O GIRASSOL"</b><br><b>Apucarana/PR</b> | <b>Nº da Unidade EDUCACENSO:</b><br><b>41025709</b>                                           |                                                |

Cidade: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Categoria de ocupação:

- |                                                                 |                                       |                                                            |
|-----------------------------------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Empregado com carteira assinada - CTPS | <input type="checkbox"/> Empregador   | <input type="checkbox"/> Funcionário Público               |
| <input type="checkbox"/> Aposentado                             | <input type="checkbox"/> Pensionista  | <input type="checkbox"/> Estágio remunerado/Não remunerado |
| <input type="checkbox"/> Autônomo                               | <input type="checkbox"/> Desempregado | <input type="checkbox"/> Outro. <i>Especificar:</i> _____  |

**INFORMAÇÕES DO/A RESPONSÁVEL (\*): (Preencher somente quando este/a não for o pai e/ou mãe) Contratante:** ☐ Sim ☐ Não

Nome: \_\_\_\_\_

Nome Social: \_\_\_\_\_

Situação do responsável: ( ) Presente ( ) Falecida ( ) Ausente ( ) Outros: \_\_\_\_\_

Endereço do responsável é o mesmo do(a) candidato(a) descrito no item 1: ( ) Sim ( ) Não-(em caso negativo preencher o campo com o endereço do responsável)

Endereço: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Categoria de ocupação:

- |                                                                |                                       |                                                            |
|----------------------------------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Empregado com carteira assinada - CLT | <input type="checkbox"/> Empregador   | <input type="checkbox"/> Funcionário Público               |
| <input type="checkbox"/> Aposentado                            | <input type="checkbox"/> Pensionista  | <input type="checkbox"/> Estágio remunerado/Não remunerado |
| <input type="checkbox"/> Autônomo                              | <input type="checkbox"/> Desempregado | <input type="checkbox"/> Outro. <i>Especificar:</i> _____  |

#### 4. QUADRO DE COMPOSIÇÃO FAMILIAR (pessoas que moram na mesma residência):

Colocar primeiro o nome do(a) candidato(a). Neste quadro deve constar o nome de todas as pessoas que moram com o(a) candidato(a), inclusive crianças.

| Nome Completo                                       | Escolaridade | Parentesco | Data de Nascimento | Profissão ou Atividade (Atual) | Estado Civil | Renda Bruta (em R\$) |
|-----------------------------------------------------|--------------|------------|--------------------|--------------------------------|--------------|----------------------|
| 1.                                                  |              |            |                    |                                |              |                      |
| 2.                                                  |              |            |                    |                                |              |                      |
| 3.                                                  |              |            |                    |                                |              |                      |
| 4.                                                  |              |            |                    |                                |              |                      |
| 5.                                                  |              |            |                    |                                |              |                      |
| 6.                                                  |              |            |                    |                                |              |                      |
| 7.                                                  |              |            |                    |                                |              |                      |
| 8.                                                  |              |            |                    |                                |              |                      |
| 9.                                                  |              |            |                    |                                |              |                      |
| 10.                                                 |              |            |                    |                                |              |                      |
| TOTAL GERAL DA RENDA MENSAL BRUTA DO GRUPO FAMILIAR |              |            |                    |                                |              | R\$                  |

|                                                                                                               |                                                                                               |                                                     |                                                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------|
|                                | <b>FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO SOCIOECONÔMICA</b><br><b>CONFORME LEI COMPLEMENTAR Nº 187/2021</b> |                                                     | <b>REGISTRO ACADÊMICO:</b>                     |
|                                                                                                               | ASSOCIAÇÃO PADRE PEDRO MAGNONE DE EDUCAÇÃO E CULTURA                                          |                                                     | <b>REFERENTE AO ANO LETIVO:</b><br><b>2027</b> |
| <b>Estabelecimento de Educação:</b><br><b>Centro de Educação Infantil "O GIRASSOL"</b><br><b>Apucarana/PR</b> |                                                                                               | <b>Nº da Unidade EDUCACENSO:</b><br><b>41025709</b> |                                                |

#### 5. RENDIMENTOS ORIGINÁRIOS DE PENSÃO, ALUGUEL E ARRENDAMENTO.

5.1 No grupo familiar descrito no quadro acima há alguém que recebe Pensão ou algum tipo de benefício: ☐ Não ☐ Sim  
 Caso sim, favor especificar a fonte pagadora e a natureza do rendimento: \_\_\_\_\_

Valor Bruto Mensal Recebido: R\$ \_\_\_\_\_

#### 5.2 Rendimentos de aluguel ou arrendamento de bens móveis e imóveis

| Especificação da natureza do Rendimento |                                         | Natureza do Bem                 |                                  | Especificação do Bem* | Valor Bruto do aluguel ou arrendamento mensal (em R\$) |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|-----------------------|--------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aluguel        | <input type="checkbox"/> Arredondamento | <input type="checkbox"/> Móveis | <input type="checkbox"/> Imóveis |                       |                                                        |
| <input type="checkbox"/> Aluguel        | <input type="checkbox"/> Arredondamento | <input type="checkbox"/> Móveis | <input type="checkbox"/> Imóveis |                       |                                                        |

\*Casa, Apartamento, sítio, chácara, automóvel, motocicleta, trator, entre outros

#### 6. ACESSO A PROGRAMAS GOVERNAMENTAL DE RENDA MÍNIMA (Federal, Estadual ou Municipal)

☐ Não ☐ Sim, informar o valor do benefício social, bem como o nome do Programa Governamental vinculado ao benefício:  
**TOTAL GERAL (em R\$)** \_\_\_\_\_  
 Citar qual o componente do grupo familiar que figura como beneficiário: \_\_\_\_\_  
 Número do NIS: \_\_\_\_\_

Observação: ImportaressaltarqueoBeneficiodePrestaçãoContinuada–BPCexecutadopeeloINSSseconfiguracomoumaaçãodoEstadonocampodaRendaMínima.

#### 7. CONDIÇÕES HABITACIONAIS DA FAMÍLIA

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Situação do Imóvel:</b><br><input type="checkbox"/> Próprio<br><input type="checkbox"/> Financiamento R\$ _____<br><input type="checkbox"/> Cedido por: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | <input type="checkbox"/> Alugado – Valor/mês R\$ _____<br><input type="checkbox"/> Compartilhado com outra família |
| <b>Tipo de Imóvel:</b> <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Apartamento <input type="checkbox"/> Outro, especificar: _____<br><b>Estrutura Física:</b> <input type="checkbox"/> Alvenaria <input type="checkbox"/> Madeira <input type="checkbox"/> Taipa <input type="checkbox"/> Outro, especificar: _____<br><b>Fornecimento de Energia Elétrica:</b> <input type="checkbox"/> Companhia Distribuidora <input type="checkbox"/> Inexistente <input type="checkbox"/> Outro, especificar: _____<br><b>Abastecimento de Água:</b> <input type="checkbox"/> Existente <input type="checkbox"/> Inexistente<br><b>Esgoto Sanitário:</b> <input type="checkbox"/> Existente <input type="checkbox"/> Inexistente |  |                                                                                                                    |

#### 8. VEÍCULOS

| Marca/Modelo | Ano de Fabricação | Utilização                         |                                  |
|--------------|-------------------|------------------------------------|----------------------------------|
|              |                   | <input type="checkbox"/> Comercial | <input type="checkbox"/> Passeio |
|              |                   | <input type="checkbox"/> Comercial | <input type="checkbox"/> Passeio |

#### 9. PESSOAS DO GRUPO FAMILIAR ESTUDANDO EM OUTRAS ESCOLAS PARTICULARES

| Nome  | Escola | Valor da Parcela (em R\$) |
|-------|--------|---------------------------|
|       |        |                           |
|       |        |                           |
| TOTAL |        |                           |

#### 10. CONDIÇÕES DE SAÚDE

Há casos de doenças crônicas na família? ☐ Não ☐ Sim  
 Ex: doenças pulmonares, renais, câncer, sanguíneas, AIDS, neurológicas - epilepsia, cardíacas, outras, conforme. Interministerial nº 2.998, de 23/08/01)

| Nome | Tipo da Doença | Despesa Mensal (em R\$) |
|------|----------------|-------------------------|
|      |                |                         |
|      |                |                         |

Obs.: apresentar cópia do laudo médico atualizado e as despesas dos últimos 02 (dois) meses, quando preencher os campos deste item.

TOTAL

#### 11. PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

Há pessoas com deficiência na família? ☐ Não ☐ Sim

|                                                                                                               |                                                                                               |                                                     |                                                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------|
|                                | <b>FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO SOCIOECONÔMICA</b><br><b>CONFORME LEI COMPLEMENTAR Nº 187/2021</b> |                                                     | <b>REGISTRO ACADÊMICO:</b>                     |
|                                                                                                               | ASSOCIAÇÃO PADRE PEDRO MAGNONE DE EDUCAÇÃO E CULTURA                                          |                                                     | <b>REFERENTE AO ANO LETIVO:</b><br><b>2027</b> |
| <b>Estabelecimento de Educação:</b><br><b>Centro de Educação Infantil “O GIRASSOL”</b><br><b>Apucarana/PR</b> |                                                                                               | <b>Nº da Unidade EDUCACENSO:</b><br><b>41025709</b> |                                                |

Ex.: física, mental, sensorial auditiva ou visual, múltipla – conforme Decreto 3.298/99

| Nome  | Tipo de Deficiência | Despesa Mensal (em R\$) |
|-------|---------------------|-------------------------|
|       |                     |                         |
|       |                     |                         |
| TOTAL |                     |                         |

12. DESPESAS MENSAIS BÁSICAS:

| DESPESAS                  | VALOR (em R\$) | DESPESAS                       | VALOR (em R\$) |
|---------------------------|----------------|--------------------------------|----------------|
| ÁGUA/ESGOTO               |                | IPTU                           |                |
| ENERGIA ELÉTRICA          |                | IMPOSTO DE RENDA               |                |
| TELEFONE (FIXO + CELULAR) |                | INSS                           |                |
| ALIMENTAÇÃO               |                | FINANCIAMENTO DO IMÓVEL        |                |
| ALUGUEL                   |                | FINANCIAMNETO DO CARRO         |                |
| CONDOMÍNIO                |                | TRANSPORTE ESCOLAR             |                |
| PLANO DE SAÚDE            |                | INTERNET                       |                |
| EDUCAÇÃO                  |                | MEDICAMNETOS, MEDICOS E EXAMES |                |
| SUBTOTAL                  |                | SUBTOTAL                       |                |
|                           |                | TOTAL                          |                |

13. O RESPONSÁVEL DEVERÁ DESCREVER ABAIXO O MOTIVO DE SUA SOLICITAÇÃO (SE NECESSÁRIO, UTILIZE REGISTRO COMPLEMENTAR ANEXADO A REFERIDA FICHA DE AVALIAÇÃO SOCIOECONÔMICA). DATAR E ASSINAR.

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

ORIENTAÇÕES:

- O preenchimento deste formulário não implica qualquer compromisso de concessão de Bolsa de Estudo Social por parte da **ASSOCIAÇÃO PADRE PEDRO MAGNONE DE EDUCAÇÃO E CULTURA**.
- Deverão ser apresentados os documentos relacionados de todos os membros do grupo familiar, os quais estão relacionados no quadro de composição do grupo familiar deste formulário. Entende-se por grupo familiar todos que vivem sob o mesmo teto, independente de idade e/ou contribuição financeira.
- O disposto nesta ficha de avaliação socioeconômica aplica-se igualmente aos grupos familiares nos quais ocorra união estável, inclusive ~~homossexual~~ **homossexual**.
- O requerente de Bolsa de Estudo Social é a pessoa legalmente responsável pelo aluno.

ATENÇÃO:

- O percentual de gratuidade aplicado à Bolsa de Estudo Social, no caso de concessão, tem validade apenas para o ano letivo de 2027.
- Este formulário somente será analisado mediante a apresentação de todos os documentos comprobatórios da situação socioeconômica declarada no referido documento de solicitação de Bolsa de Estudo Social.

Eu, \_\_\_\_\_, portador do RG nº \_\_\_\_\_

e CPF nº \_\_\_\_\_, declaro para os devidos fins e sob as penas da Lei que as informações aqui prestadas são verdadeiras e por elas me responsabilizo, sendo assim, comprometo-me a apresentar todos os documentos comprobatórios solicitados, e/ou outros que a Unidade Educacional julgar necessário e estou ciente que sem os mesmos a inscrição no processo seletivo de bolsa de estudo social não será efetivado. Registro ainda ciência da possibilidade do recebimento de visita técnica de representante institucional com vistas à complementariedade de dados. Estou ciente que a inveracidade das informações prestadas no formulário de avaliação socioeconômica, quando constatada, a qualquer tempo, implicará no cancelamento da bolsa de estudo social por ventura concedida. Afirmo e estou ciente dos critérios do Processo de Bolsa de Estudo Social para Alunos Bolsistas para o ano 2027 e que o indeferimento ou deferimento e concessão do percentual de 50% ou 100% será de acordo com a disponibilidade orçamentária **da ASSOCIAÇÃO PADRE PEDRO MAGNONE DE EDUCAÇÃO E CULTURA**. Autorizo que seja realizado a qualquer tempo visita domiciliar por Assistente Social designado pela mantenedora do Colégio Padre João Bagozzi e me disponibilizo prestar qualquer esclarecimento adicional.

|                                                                                                               |                                                                                               |                                                     |                                                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------|
|                                | <b>FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO SOCIOECONÔMICA</b><br><b>CONFORME LEI COMPLEMENTAR Nº 187/2021</b> |                                                     | <b>REGISTRO ACADÊMICO:</b>                     |
|                                                                                                               | ASSOCIAÇÃO PADRE PEDRO MAGNONE DE EDUCAÇÃO E CULTURA                                          |                                                     | <b>REFERENTE AO ANO LETIVO:</b><br><b>2027</b> |
| <b>Estabelecimento de Educação:</b><br><b>Centro de Educação Infantil "O GIRASSOL"</b><br><b>Apucarana/PR</b> |                                                                                               | <b>Nº da Unidade EDUCACENSO:</b><br><b>41025709</b> |                                                |

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do Responsável Legal, conforme documento de identidade

| AUTORIZAÇÃO PARA RETENÇÃO DE CÓPIA DOS DOCUMENTOS PESSOAIS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| Autorizo a Unidade Educacional extrair os dados necessários dos documentos de identificação pessoal solicitados para efeitos de registro, bem como manter uma cópia simples dos mesmos para compor prontuário do candidato conforme Edital do processo seletivo para concessão de Bolsa de Estudos Social 2027, conforme artigo 7º, incisos I e II da Lei nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais). |                                                                                        |
| ____/____/____<br>Data                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Assinatura do(a) Responsável Legal do Candidato(a) conforme Documento de Identificação |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                     |                                                                                                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <b>PROCESSO Nº:</b> | <b>PROTOCOLO DE RECEBIMENTO DA DOCUMENTAÇÃO REFERENTE AO PROCESSO SELETIVO PARA CONCESSÃO DE BOLSA DE ESTUDO SOCIAL PARA O ANO LETIVO 2027</b> |
| <p>Recebemos do/a Sr/Sra. _____, responsável legal de _____, candidato/a à Bolsa de Estudo Social para o ano letivo de 2027 neste Colégio, o <b>FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO SOCIOECONÔMICA E A DOCUMENTAÇÃO COMPROBATÓRIA, REQUISITO ESSENCIAL PARA REALIZAÇÃO DA ANÁLISE SOCIOECONÔMICA</b>. Fica advertido de que a entrega dos documentos referidos no Edital – Bolsa de Estudo Social <b>não</b> afasta a necessidade de apresentação, em qualquer tempo, no decorrer do Ano Letivo de 2027, de quaisquer outros documentos adicionais eventualmente solicitados pela Comissão Interna de Bolsa Filantrópica ou pela direção deste Colégio.</p> <p>Advertimos que a apresentação de documentação ou a prestação de informações falsas à <b>ASSOCIACAO PADRE PEDRO MAGNONE DE EDUCACAO E CULTURA</b>, por ocasião da inscrição no processo de Bolsa de Estudo Social 2027, implicará na reprovação do candidato à bolsa de estudo social, conforme previsto na Lei Complementar nº 187/2021, além da possibilidade de responder pelo ato judicialmente, conforme amparo legal presente no Decreto Regulamentador nº 11.791, de 21/11/2023, e no Decreto Lei nº 2.848, de 07/12/1940, Código Penal Brasileiro, artigo 299.</p> <p>Esclarecemos, ainda, que o ato da <b>entrega da documentação comprobatória e a assinatura da Ficha de Avaliação Socioeconômica para análise nesta Unidade de Educação não dão quaisquer garantias de concessão de Bolsa de Estudo Social para o Ano Letivo de 2027</b>, não gerando assim direito adquirido ou expectativa de direito ao candidato que porventura não seja beneficiado com a Bolsa de Estudo solicitada, ainda que atenda aos requisitos socioeconômicos, mas que ultrapasse o número de Bolsas de Estudo disponíveis na Unidade Educacional, considerando o segmento ao qual concorre, devendo o candidato e/ou responsável aguardar o pronunciamento da Unidade acerca do resultado do processo.</p> |                     |                                                                                                                                                |
| ____/____/____<br>Assinatura do responsável pela conferência e recebimento da documentação.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                     |                                                                                                                                                |