ANEXO I

TERMO DE CONCESSÃO DE BOLSA DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL (100%)

Nome da Entidade: Cruz Azul de São Paulo.

CNPJ da Entidade: 62.106.505/0001-92.

Nome da Instituição de Ensino: Colégio da Polícia Militar – _____.

CNPJ da Entidade: _____-____.

Código no Educacenso/e-MEC: _____.

Nome do beneficiário: _____, CPF sob o nº: _____,

data de nascimento ___/___/____, código do beneficiário no Educa censo/CenSup:_____.

Nome do Responsável Legal: _____ CPF sob o nº: _____.

BENEFÍCIO USUFRUÍDO: **MENSALIDADE E MATERIAL DIDÁTICO GRATUITO (EXCETO LIVROS PARADIDÁTICOS) DO ANO LETIVO DE 2027.**

DECLARO para os devidos fins que _____,

nacionalidade_____, data de nascimento ___/___/_____, domiciliado na _____, nº _____, bairro _____, município _____, CEP: _____-____, inscrito (a) no RG sob o nº_____, com CPF sob o nº _____, filho (a) de _____, aluno (a) devidamente matriculado(a) no(a) _____ da educação básica no Colégio da Polícia Militar, sou contemplado com benefício concedido por esta instituição de ensino, conforme especificado anteriormente.

DECLARO ainda que possuo renda familiar *per capita* compatível com a Lei Complementar nº 187, de 16 de dezembro de 2021 e que o benefício recebido será usufruído pelo beneficiário no período letivo de 2027. Tenho ciência que responderei civil, administrativa e criminalmente pela veracidade das informações aqui prestadas.

DECLARO estar ciente de que a falsidade nas informações apresentadas ao processo implicará na irregular avaliação socioeconomica, prevista no art. 18, §§ 2º e 3º da Lei Complementar nº 187/2021, configurando crime de falsidade ideológica, nos termos do art. 299, do Código Penal, culminando no cancelamento da bolsa de estudo e da adoção de medidas judiciais cabíveis.

COMPROMETO-ME a respeitar todas as condições previstas na Lei Complementar nº 187/2021 e das demais normas que venham a substituir ou complementar a legislação vigente.

_____, SP, ____/_____de _____.

_____

Assinatura do (a) Responsável legal

ANEXO II

DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE E COMPROMISSO

DECRETO-LEI Nº 2.848, DE 7 DE DEZEMBRO DE 1940, ARTIGO 299 DO CODIGO PENAL.

Art. 299. *Omitir em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante:*

Pena. *Reclusão, de 01 (um) a 05 (cinco) anos, e multa, se o documento e público, e reclusão de 01 (um) a 03 (três) anos e multa, se o documento e particular.*

Parágrafo Único. *Se o agente e funcionário público, e comete o crime prevalecendo-se do cargo, ou se a falsificação ou alteração é de assentamento de registro civil, aumenta-se a pena de sexta parte.*

Eu, _____,

estado civil _____, profissão_____inscrito (a) no RG sob o nº _____, com CPF sob o nº_____, responsável legal do aluno (a):_____,

DECLARO para os devidos fins, ter ciência que a concessão ou manutenção da Bolsa de Estudo Assistencial Integral está vinculada ao requisito de possuir renda familiar mensal per capita de até 1,5 (um vírgula cinco) salário mínimo.

Havendo modificação na renda familiar per capita, assumo o compromisso de comunicar imediatamente, pois estou ciente que a Cruz Azul de São Paulo se reserva ao direito de cancelar a bolsa de estudo concedida, nos termos do art. 26, *caput*, da Lei Complementar 187/2021.

DECLARO estar ciente de que a falsidade nas informações acima implicará na irregular avaliação socioeconomica, prevista no art. 18, §§ 2º e 3º da Lei Complementar nº 187/2021, configurando crime de falsidade ideológica, nos termos do art. 299, do Código Penal, culminando no cancelamento da bolsa de estudo e da adoção de medidas judiciais cabíveis.

Será assegurado o sigilo de todas as informações e documentos apresentados pelo responsável, salvo aqueles referentes às obrigações legais de prestação de contas exigidas pelos órgãos governamentais, conforme disposto na Lei 13.709 de 2018 (Lei Geral de Proteção de Dados), que dispõe sobre o tratamento de dados pessoais, inclusive nos meios digitais, por pessoa natural ou por pessoa jurídica de direito público ou privado, com o objetivo de proteger os direitos fundamentais de liberdade e de privacidade e o livre desenvolvimento da personalidade da pessoa natural.

_____, SP, ____/_____de _____.

_____.

Assinatura do declarante.

(incluir assinatura pelo gov.br)

ANEXO III

DECLARAÇÃO DE TRABALHO COMO PRESTADOR DE SERVIÇOS OU PROFISSIONAL LIBERAL.

Eu,_____,

estado civil_____, profissão_____, inscrito(a) no RG sob o nº_____, com CPF sob o nº_____, CNPJ nº _____ residente e domiciliado(a) na_____, nº___, bairro_____, município_____, do Estado de São Paulo, **DECLARO** sob as penas da lei que tive renda média dos últimos três meses no valor de R$_____._____,__ (_____).

O valor refere-se aos ganhos obtidos com meu trabalho como_____.

DECLARO estar ciente de que a falsidade nas informações acima implicará na irregular avaliação socioeconomica, prevista no art. 18, §§ 2º e 3º da Lei Complementar nº 187/2021, configurando crime de falsidade ideológica, nos termos do art. 299, do Código Penal, culminando no cancelamento da bolsa de estudo e da adoção de medidas judiciais cabíveis.

Será assegurado o sigilo de todas as informações e documentos apresentados pelo responsável, salvo aqueles referentes às obrigações legais de prestação de contas exigidas pelos órgãos governamentais, conforme disposto na Lei 13.709 de 2018 (Lei Geral de Proteção de Dados), que dispõe sobre o tratamento de dados pessoais, inclusive nos meios digitais, por pessoa natural ou por pessoa jurídica de direito público ou privado, com o objetivo de proteger os direitos fundamentais de liberdade e de privacidade e o livre desenvolvimento da personalidade da pessoa natural.

E por ser verdade, afirmo a presente declaração.

_____, SP, ___/_____de _____.

_____.

Assinatura do declarante.
(incluir assinatura pelo gov.br)

ANEXO IV

DECLARAÇÃO DE TRABALHO INFORMAL OU AUTÔNOMO

Eu,_____,

estado civil_____, profissão_____ inscrito(a) no RG sob o nº_____, com CPF sob nº_____, CNPJ sob o nº _____, residente e domiciliado(a) na_____, nº___, bairro_____, município_____, Estado de São Paulo, **DECLARO**, sob as penas da lei, que trabalho informalmente ou autônomo de _____, sem vínculo empregatício, com renda mensal aproximada no valor de R$ ____._____,__ (_____).

DECLARO estar ciente de que a falsidade nas informações acima implicará na irregular avaliação socioeconomica, prevista no art. 18, §§ 2º e 3º da Lei Complementar nº 187/2021, configurando crime de falsidade ideológica, nos termos do art. 299, do Código Penal, culminando no cancelamento da bolsa de estudo e da adoção de medidas judiciais cabíveis.

Será assegurado o sigilo de todas as informações e documentos apresentados pelo responsável, salvo aqueles referentes às obrigações legais de prestação de contas exigidas pelos órgãos governamentais, conforme disposto na Lei 13.709 de 2018 (Lei Geral de Proteção de Dados), que dispõe sobre o tratamento de dados pessoais, inclusive nos meios digitais, por pessoa natural ou por pessoa jurídica de direito público ou privado, com o objetivo de proteger os direitos fundamentais de liberdade e de privacidade e o livre desenvolvimento da personalidade da pessoa natural.

E por ser verdade, afirmo a presente declaração.

_____, SP, ___/_____de _____.

_____.

Assinatura do declarante.
(incluir assinatura pelo gov.br)

ANEXO V

DECLARAÇÃO DE AJUDA FINANCEIRA

Eu,_____,
inscrito (a) no RG sob nº _____, com CPF sob nº_____, residente e domiciliado (a) na_____,nº_____Bairro_____, município_____, Estado de São Paulo, **DECLARO**, sob as penas da lei, que recebo ajuda financeira do (a) Sr./Sra._____ inscrito (a) no RG sob nº_____, com CPF sob nº _____, no valor mensal de R$ _____._____,____ (_____).

DECLARO estar ciente de que a falsidade nas informações acima implicará na irregular avaliação socioeconomica, prevista no art. 18, §§ 2º e 3º da Lei Complementar nº 187/2021, configurando crime de falsidade ideológica, nos termos do art. 299, do Código Penal, culminando no cancelamento da bolsa de estudo e da adoção de medidas judiciais cabíveis.

Será assegurado o sigilo de todas as informações e documentos apresentados pelo responsável, salvo aqueles referentes às obrigações legais de prestação de contas exigidas pelos órgãos governamentais, conforme disposto na Lei 13.709 de 2018 (Lei Geral de Proteção de Dados), que dispõe sobre o tratamento de dados pessoais, inclusive nos meios digitais, por pessoa natural ou por pessoa jurídica de direito público ou privado, com o objetivo de proteger os direitos fundamentais de liberdade e de privacidade e o livre desenvolvimento da personalidade da pessoa natural.

E por ser verdade, afirmo a presente declaração.

_____, SP, ___/_____de _____.

_____

Assinatura do declarante
(incluir assinatura pelo gov.br)

ANEXO VI

DECLARAÇÃO DE TRABALHO INFORMAL, AUTÔNOMO, PRESTADOR DE SERVIÇOS OU PROFISSIONAL LIBERAL SEM CNPJ

Eu,_____,

(estado civil)_____, inscrito(a) no CPF sob o nº_____, portador(a) do RG nº _____, SSP/__, residente e domiciliado(a) na_____, n°___, bairro_____, município_____, Estado de São Paulo, **DECLARO**, sob as penas da lei, que trabalho de _____, sem vínculo empregatício, com renda mensal aproximada no valor de R$ ___._____,__ (_____).

DECLARO estar ciente de que a falsidade nas informações acima implicará na irregular avaliação socioeconomica, prevista no art. 18, §§ 2º e 3º da Lei Complementar nº 187/2021, configurando crime de falsidade ideológica, nos termos do art. 299, do Código Penal, culminando no cancelamento da bolsa de estudo e da adoção de medidas judiciais cabíveis.

Será assegurado o sigilo de todas as informações e documentos apresentados pelo responsável, salvo aqueles referentes às obrigações legais de prestação de contas exigidas pelos órgãos governamentais, conforme disposto na Lei 13.709 de 2018 (Lei Geral de Proteção de Dados), que dispõe sobre o tratamento de dados pessoais, inclusive nos meios digitais, por pessoa natural ou por pessoa jurídica de direito público ou privado, com o objetivo de proteger os direitos fundamentais de liberdade e de privacidade e o livre desenvolvimento da personalidade da pessoa natural.

_____, SP, ____/_____de _____.

_____.
Assinatura do declarante.
(incluir assinatura pelo gov.br)

ANEXO VII

DECLARAÇÃO DE RECEBIMENTO DE ALUGUEL

Eu,_____,
Portador (a) da cédula de identidade_____, com CPF sob nº_____,
residente e domiciliado (a) na_____,nº_____Bairro_____,
município _____, Estado de São Paulo, **DECLARO**, sob as penas da lei, que recebo os proveitos econômicos oriundos do aluguel do imóvel situado na _____,
bairro_____, município_____, UF_____e recebo o valor mensal de R$ _____,___ (_____) do (a) inquilino (a) Sr./Sra._____ inscrito(a) no RG sob nº _____, com CPF sob nº _____.

DECLARO estar ciente de que a falsidade nas informações acima implicará na irregular avaliação socioeconomica, prevista no art. 18, §§ 2º e 3º da Lei Complementar nº 187/2021, configurando crime de falsidade ideológica, nos termos do art. 299, do Código Penal, culminando no cancelamento da bolsa de estudo e da adoção de medidas judiciais cabíveis.

Será assegurado o sigilo de todas as informações e documentos apresentados pelo responsável, salvo aqueles referentes às obrigações legais de prestação de contas exigidas pelos órgãos governamentais, conforme disposto na Lei 13.709 de 2018 (Lei Geral de Proteção de Dados), que dispõe sobre o tratamento de dados pessoais, inclusive nos meios digitais, por pessoa natural ou por pessoa jurídica de direito público ou privado, com o objetivo de proteger os direitos fundamentais de liberdade e de privacidade e o livre desenvolvimento da personalidade da pessoa natural.

_____, SP, ___/_____de_____.

_____.
Assinatura do declarante.
(incluir assinatura pelo gov.br)

ANEXO VIII

DECLARAÇÃO DE MORADIA ALUGADA.

Eu,_____, (estado civil) _____, (profissão) _____, inscrito(a) no CPF sob o nº _____, portador(a) do RG nº _____, SSP/_____, residente e domiciliado(a) na Rua (Av., praça, etc.) _____, n° _____, bairro _____, cidade _____, Estado de _____, declaro, que **ALUGUEI** o imóvel situada na Rua_____, nº ____, Bairro _____, no Município de _____. No valor de R$_____ (_____).

Declaro ainda que a afirmação acima é verdadeira e que estou ciente de que a omissão ou a falsidade das informações prestadas implicarão na adoção das medidas judiciais cabíveis, revistas no Art. 299 do Código Penal Brasileiro.

Será assegurado o sigilo de todas as informações e documentos apresentados pelo responsável, que dispõe sobre o tratamento de dados pessoais, inclusive nos meios digitais, por pessoa natural ou por pessoa jurídica de direito público ou privado, salvo aqueles referentes às obrigações legais de prestação de contas exigidas pelos órgãos governamentais, conforme disposto na Lei 13.709 de 2018 (Lei Geral de Proteção de Dados).

_____, SP, ___/_____de_____.

_____.
Assinatura do declarante.
(incluir assinatura pelo gov.br)

ANEXO IX

DECLARAÇÃO DE NÃO RECEBIMENTO DE PENSÃO ALIMENTÍCIA

Eu,_____,
Portador (a) da cédula de identidade_____, com CPF sob nº_____,
residente e domiciliado (a) na_____,nº_____Bairro_____,
município _____, Estado de São Paulo, responsável legal do(s) menor (es)
_____

_____,

DECLARO, sob as penas da lei, que o (a) aluno (a) não recebe pensão alimentícia do (a) genitor (a).

DECLARO estar ciente de que a falsidade nas informações acima implicará na irregular avaliação socioeconomica, prevista no art. 18, §§ 2º e 3º da Lei Complementar nº 187/2021, configurando crime de falsidade ideológica, nos termos do art. 299, do Código Penal, culminando no cancelamento da bolsa de estudo e da adoção de medidas judiciais cabíveis.

Será assegurado o sigilo de todas as informações e documentos apresentados pelo responsável, salvo aqueles referentes às obrigações legais de prestação de contas exigidas pelos órgãos governamentais, conforme disposto na Lei 13.709 de 2018 (Lei Geral de Proteção de Dados), que dispõe sobre o tratamento de dados pessoais, inclusive nos meios digitais, por pessoa natural ou por pessoa jurídica de direito público ou privado, com o objetivo de proteger os direitos fundamentais de liberdade e de privacidade e o livre desenvolvimento da personalidade da pessoa natural.

_____, SP, ___/_____de_____.

_____.
Assinatura do declarante.
(incluir assinatura pelo gov.br)

ANEXO X

DECLARAÇÃO DE RECEBIMENTO DE PENSÃO ALIMENTÍCIA.

Eu,_____,
Portador (a) da cédula de identidade_____, com CPF sob nº_____,
residente e domiciliado (a) na_____,nº_____Bairro_____,
município _____, Estado de São Paulo, responsável legal do(s) menor (es)
_____

_____,

DECLARO, sob as penas da lei, que recebo mensalmente pensão alimentícia no valor de R$ ____._____,___
(_____).

DECLARO estar ciente de que a falsidade nas informações acima implicará na irregular avaliação socioeconomica, prevista no art. 18, §§ 2º e 3º da Lei Complementar nº 187/2021, configurando crime de falsidade ideológica, nos termos do art. 299, do Código Penal, culminando no cancelamento da bolsa de estudo e da adoção de medidas judiciais cabíveis.

Será assegurado o sigilo de todas as informações e documentos apresentados pelo responsável, salvo aqueles referentes às obrigações legais de prestação de contas exigidas pelos órgãos governamentais, conforme disposto na Lei 13.709 de 2018 (Lei Geral de Proteção de Dados), que dispõe sobre o tratamento de dados pessoais, inclusive nos meios digitais, por pessoa natural ou por pessoa jurídica de direito público ou privado, com o objetivo de proteger os direitos fundamentais de liberdade e de privacidade e o livre desenvolvimento da personalidade da pessoa natural.

_____, SP, ____/_____de _____.

_____.
Assinatura do declarante.
(incluir assinatura pelo gov.br)

ANEXO XI

DECLARAÇÃO DE IMÓVEL CEDIDO- (Morador)

Eu,_____, portador(a) do CPF nº _____, e do RG nº _____/_____, declaro, para fins de comprovação de endereço, que resido no imóvel localizado à _____, nº _____, complemento ____, no Bairro de _____, na Cidade de _____/_____ _____, CEP _____, que foi cedido por _____ _____, portador(a) do CPF nº _____, e do RG nº _____/___, residente à _____ _____, nº _____, complemento ___, no Bairro de _____ _____, na Cidade de _____/_____, CEP _____, sem nenhum custo, a título de moradia. Esclareço que o proprietário não pode apresentar a declaração porque _____ _____ _____ _____

(Caso de Doador for falecido anexar a Certidão de Óbito).

Declaro ainda que a afirmação acima é verdadeira e que estou ciente de que a omissãoou a falsidade das informações prestadas implicarão na adoção das medidas judiciais cabíveis revistas no Art. 299 do Código Penal Brasileiro.

Será assegurado o sigilo de todas as informações e documentos apresentados pelo responsável, salvo aqueles referentes às obrigações legais de prestação de contas exigidas pelos órgãos governamentais, conforme disposto na Lei 13.709 de 2018 (Lei Geral de Proteção de Dados), que dispõe sobre o tratamento de dados pessoais, inclusive nos meios digitais, por pessoa natural ou por pessoa jurídica de direito público ou privado, com o objetivo de proteger os direitos fundamentais de liberdade e de privacidade e o livre desenvolvimento da personalidade da pessoa natural.

_____, SP, ____/_____de_____.

_____.
Assinatura do declarante.
(incluir assinatura pelo gov.br)

ANEXO XII
DECLARAÇÃO DE IMÓVEL CEDIDO

Eu,_____, (estado civil)_____, (profissão)_____ , inscrito(a) no CPF sob o nº_____ , portador(a) do RG nº_____ , SSP/_____ , residente e domiciliado(a) na Rua (Av., praça, etc.) _____, nº _____, bairro _____, cidade_____, Estado de _____, declaro, que CEDI GRATUITAMENTE o imóvel situada na Rua _____ , nº _____ , Bairro _____ , no Município de _____ , para moradia do senhor(a) _____ inscrito(a) no CPF sob o nº _____, portador(a) do RG nº _____, SSP/ _____ pelas seguintes razões: _____ _____.

Declaro ainda que a afirmação acima é verdadeira e que estou ciente de que a omissão ou a falsidade das informações prestadas implicarão na adoção das medidas judiciais cabíveis revistas no Art. 299 do Código Penal Brasileiro.

Será assegurado o sigilo de todas as informações e documentos apresentados pelo responsável, salvo aqueles referentes às obrigações legais de prestação de contas exigidas pelos órgãos governamentais, conforme disposto na Lei 13.709 de 2018 (Lei Geral de Proteção de Dados), que dispõe sobre o tratamento de dados pessoais, inclusive nos meios digitais, por pessoa natural ou por pessoa jurídica de direito público ou privado, com o objetivo de proteger os direitos fundamentais de liberdade e de privacidade e o livre desenvolvimento da personalidade da pessoa natural.

_____, SP, ____/_____de_____.

_____.
Assinatura do declarante.
(incluir assinatura pelo gov.br)

NOME DO (s) ALUNO (s)

UNIDADE: **/ RM:**

IDENTIFICAÇÃO PROFISSIONAL DO RESPONSÁVEL FINANCEIRO

( ) PM ( ) EX-PM ( ) ÓRFÃO DE PM ( ) FUNCIONÁRIO COLPM ( ) FUNCIONÁRIO CRAZ ( ) CIVIL

ORIENTAÇÕES FUNDAMENTAIS PARA O PREENCHIMENTO

A DOCUMENTAÇÃO SOLICITADA NO EDITAL É COMPLEMENTADA E ESCLARECIDA ATRAVÉS DO QUESTIONÁRIO SOCIOECONOMICO, QUE DEVE SER PREENCHIDO CORRETAMENTE PARA POSSIBILITAR A AVALIAÇÃO SOCIAL E CONCESSÃO DE BOLSA DE ESTUDOS, CONFORME AS ORIENTAÇÕES ABAIXO:

1. O QUESTIONÁRIO DEVE SER PREENCHIDO PELO **RESPONSÁVEL LEGAL** DO ALUNO (FAZ PARTE DA COMPOSIÇÃO FAMILIAR, RESIDE COM O ALUNO E RESPONDE PELO SEU ACOMPANHAMENTO PEDAGÓGICO. Ex: Mãe, Pai, ou responsável que possua documentação como guarda/tutela do aluno);
2. HAVENDO INSCRIÇÃO DE IRMÃOS, OS RESPONSÁVEIS DEVERÃO REALIZAR UMA INSCRIÇÃO PARA CADA CANDIDATO E DEVERÃO APRESENTAR TODAS AS CÓPIAS DOS DOCUMENTOS CORRESPONDENTE A CADA CANDIDATO.
3. **OS DOCUMENTOS DEVEM SER DIGITALIZADOS DE FORMA NÍTIDA, LEGÍVEL E SEM PARTES CORTADAS. DOCUMENTOS BORRADOS, ILEGÍVEIS, MUITO ESCUROS, COBERTOS POR SOMBRA (AINDA QUE PARCIAL, MAS QUE PREJUDIQUE A LEITURA), OU OMITINDO PARTES DA FOLHA (AINDA QUE EM BRANCO), OU COM O FUNDO DO AMBIENTE APARECENDO (MESA, CADEIRA, PAREDE, CAMA, ANIMAIS DE ESTIMAÇÃO, PARTES DO CORPO OU OUTRO), NÃO SERÃO ACEITOS.**
4. EM RELAÇÃO AO ITEM **"IV. UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS PÚBLICOS OU REFERÊNCIAS"** É NECESSÁRIO ESCLARECER A SITUAÇÃO DE SAÚDE DA FAMÍLIA, SOBRETUDO SE HOUVER ALGUM INTEGRANTE DO GRUPO FAMILIAR EM SITUAÇÃO DE ENFERMIDADE GRAVE OU TRATAMENTO CONTÍNUO. EM CASO AFIRMATIVO, A FAMÍLIA DEVERÁ **APRESENTAR DOCUMENTAÇÃO MÉDICA** (Ex: Laudo, atestado, encaminhamentos, receitas etc.).
5. EM RELAÇÃO AO ITEM **"V. SITUAÇÃO FINANCEIRA DO GRUPO FAMILIAR"** É IMPRESCINDÍVEL **MENCIONAR TODOS OS INTEGRANTES QUE CONTRIBUEM FINANCEIRAMENTE COM A RENDA FAMILIAR** E SUAS RESPECTIVAS SITUAÇÕES DE TRABALHO, INCLUINDO TRABALHO INFORMAL E/OU ESPORÁDICOS (Ex: Comércio de produtos através de catálogos, comércio de doces/salgados, entre outros), E EMPRESA ATIVA NO NOME DO RESPONSÁVEL, O CAMPO **"SALÁRIO"** DEVE SER PREENCHIDO COM O **VALOR BRUTO.**

DECRETO-LEI Nº 2.848, DE 7 DE DEZEMBRO DE 1940, ARTIGO 299 DO CODIGO PENAL. Art. 299. Omitir em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante: Pena. Reclusão, de 01 (um) a 05 (cinco) anos, e multa, se o documento e público, e reclusão de 01 (um) a 03 (três) anos e multa, se o documento e particular. Parágrafo Único. Se o agente e funcionário público, e comete o crime prevalecendo-se do cargo, ou se a falsificação ou alteração é de assentamento de registro civil, aumenta-se a pena de sexta parte.

Será assegurado o sigilo de todas as informações e documentos apresentados pelo responsáveis, salvo aqueles referentes às obrigações legais de prestação de contas exigidas pelos órgãos governamentais, conforme disposto na Lei 13.709 de 2018 (Lei Geral de Proteção de Dados), que dispõe sobre o tratamento de dados pessoais, inclusive nos meios digitais, por pessoa natural ou por pessoa jurídica de direito público ou privado, com o objetivo de proteger os direitos fundamentais de liberdade e de privacidade e o livre desenvolvimento da personalidade da pessoa natural.

PARA MAIS INFORMAÇÕES OU OUTROS ESCLARECIMENTOS O SERVIÇO SOCIAL PODE ENTRAR EM CONTATO ATRAVÉS DO E-MAIL SOLICITADO NO ITEM "I. IDENTIFICAÇÃO", PORTANTO É FUNDAMENTAL INCLUIR DADOS ATUALIZADOS.

CRUZ AZUL
Saúde e Educação
COLÉGIO PM

I. IDENTIFICAÇÃO

RESPONSÁVEL: _____

IDADE: _____ **PROFISSÃO:** _____ **ESTADO CIVIL:** _____

RG: _____ **CPF:** _____ **DATA DE NASCIMENTO:** _____

ENDEREÇO: _____ **Nº.** _____ **APTO:** _____

BLOCO: _____ **BAIRRO:** _____ **CIDADE:** _____ **CEP:** _____

TELEFONE (RES) _____ **/ (CEL)** _____ **/ (COM)** _____

(REC) _____ **FALAR COM:** _____ **E-MAIL:** _____

E-MAIL: _____ **(CAMPO OBRIGATÓRIO)**

ALUNO: _____ **SÉRIE:** _____

ALUNO: _____ **SÉRIE:** _____

ALUNO: _____ **SÉRIE:** _____

ALUNO: _____ **SÉRIE:** _____

II. COMPOSIÇÃO FAMILIAR E ESCOLARIDADE

CASADO(A): □ NÃO □ SIM **QUANTO TEMPO:** _____ **CONVIVE EM UNIÃO ESTÁVEL:** □ NÃO □ SIM **QUANTO TEMPO:** _____

QUANTAS PESSOAS MORAM NO DOMICÍLIO: _____

CONTRIBUINTE INSS: □ NÃO □ SIM **PENSIONISTA INSS:** □ NÃO □ SIM **CONTRIBUINTE DA CBPM:** □ NÃO □ SIM

NOME	IDADE	PARENTESCO	PROFISSAO	ESCOLARIDADE
				□ Não Alfabetizado □ Ensino Fundamental □ Ensino Médio □ Ensino Superior □ Completo □ Incompleto
				□ Não Alfabetizado □ Ensino Fundamental □ Ensino Médio □ Ensino Superior □ Completo □ Incompleto
				□ Não Alfabetizado □ Ensino Fundamental □ Ensino Médio □ Ensino Superior □ Completo □ Incompleto
				□ Não Alfabetizado □ Ensino Fundamental □ Ensino Médio □ Ensino Superior □ Completo □ Incompleto
				□ Não Alfabetizado □ Ensino Fundamental □ Ensino Médio □ Ensino Superior □ Completo □ Incompleto
				□ Não Alfabetizado □ Ensino Fundamental □ Ensino Médio □ Ensino Superior □ Completo □ Incompleto
				□ Não Alfabetizado □ Ensino Fundamental □ Ensino Médio □ Ensino Superior □ Completo □ Incompleto

III. INFRAESTRUTURA E CONDIÇÕES GERAIS DA MORADIA

HÁ QUANTO TEMPO A FAMÍLIA RESIDE NO IMÓVEL:_____

SITUAÇÃO DO IMÓVEL:

□ PRÓPRIO □ ALUGADO □ FINANCIADO □ IRREGULAR/INVADIDO □ CEDIDO **QUEM CEDEU:** _____

MOTIVO:_____QUANTOS CÔMODOS HÁ NA RESIDÊNCIA: _____

QUANTOS VEÍCULOS A FAMÍLIA POSSUI (AUTOMÓVEL/MOTOCICLETA)?: □ NÃO TEMOS □ SIM **QUANTIDADE**: _____

MARCA:_____MODELO:_____ANO:_____

PAGO: □ SIM □ NÃO POSSUI SEGURO: □ SIM □ NÃO VALOR: _____

FINANCIADO: □ SIM □ NÃO VALOR: _____Nº DE PARCELAS: _____FALTAM: _____

MARCA:_____MODELO:_____ANO:_____

PAGO: □ SIM □ NÃO POSSUI SEGURO: □ SIM □ NÃO VALOR: _____

FINANCIADO: □ SIM □ NÃO VALOR: _____Nº DE PARCELAS: _____FALTAM: _____

IV. UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS PÚBLICOS E REFERÊNCIAS

QUAL SERVIÇO DE SAÚDE UTILIZA: □ REDE PÚBLICA DE SAÚDE (SUS) □ PARTICULAR – QUAL: _____

□ HOSPITAL - QUAL: _____□ UBS – QUAL:_____

□ PRONTO SOCORRO – QUAL:_____□ OUTROS: _____

SITUAÇÃO DE SAÚDE:

POSSUI INTEGRANTE DA FAMÍLIA EM TRATAMENTO MÉDICO: □ SIM □ NÃO QUEM:_____

QUAL TRATAMENTO REALIZA:_____

UTILIZA MEDICAMENTOS DE USO CONTÍNUO/CONTROLADO: □ SIM □ NÃO QUAIS MEDICAÇÕES:_____

RETIRA MEDICAMENTOS ATRAVÉS DA REDE PÚBLICA: □ SIM □ NÃO

O CANDIDATO POSSUI (NEE) NECESSIDADES EDUCACIONAIS ESPECIAIS?: □ SIM □ NÃO (SE SIM INFORMAR ABAIXO):

PRECISA DE ACOMPANHANTE: □ SIM □ NÃO

- ☐ **Múltipla**
- ☐ **Cegueira**
- ☐ **Baixa Visão**
- ☐ **Surdez Severa ou Profunda**
- ☐ **Surdez Leve ou Moderada**
- ☐ **Surdo**
- ☐ **Surdo Cegueira**
- ☐ **Física - Paralisia Cerebral**
- ☐ **Física-Cadeirante**
- ☐ **Física-Outros**
- ☐ **Autismo Infantil**
- ☐ **Síndrome de Down Intelectual**
- ☐ **Síndrome de Asperger**
- ☐ **Síndrome de Rett**
- ☐ **Transtorno Desintegrativo da Infância**
- ☐ **Altas Habilidades/Superdotação**
- ☐ **Outras Necessidades Educacionais Especiais: (Conforme especificações do Decreto 3.298 de 20 de dezembro de 1999):** _____

V. SITUAÇÃO FINANCEIRA DO GRUPO FAMILIAR

OS RESPONSÁVEIS DO ALUNO POSSUEM EMPRESA COM CNPJ ATIVO: □ SIM □ NÃO

QUAL O NOME DA EMPRESA: _____**Nº CNPJ:**_____

QUAL O NOME DA EMPRESA: _____**Nº CNPJ:**_____

POSSUEM FUNCIONÁRIOS: □ SIM □ NÃO **QUANTOS:** _____

OBS: TODOS QUE POSSUEM EMPRESA ATIVA (MEI, EMPRESÁRIO INDIVIDUAL, EIRELI, ME etc.) DEVEM APRESENTAR RENDIMENTOS DA MESMA COM OS VALORES DECLARADOS AOS ÓRGÃOS COMPETENTES, SEM ESSAS INFORMAÇÕES NÃO É POSSÍVEL CONCLUIR ANÁLISE. INFORMAMOS QUE QUALQUER TIPO DE OMISSÃO DE RENDA (EMPRESA) LEVARÁ AO CANCELAMENTO DA BOLSA.

RECEITAS	VALOR (BRUTO)	DESPESAS	VALOR
SALÁRIO		ÁGUA	
SALÁRIO		LUZ	
SALÁRIO		ALIMENTAÇÃO	
SALÁRIO		ALUGUEL/FINANCIAMENTO	
PENSÃO PÓS MORTE		CONDOMÍNIO	
SEGURO DESEMPREGO		IPTU	
BENEFÍCIO INSS		TELEFONE	
PENSÃO ALIMENTÍCIA		TV A CABO	
BOLSA FAMÍLIA		INTERNET	
RENDA MÍNIMA		FACULDADE/CURSOS	
AJUDA DE INSTITUIÇÃO		PRESTAÇÃO CARRO/MOTO	
AJUDA DA FAMÍLIA/AMIGOS		SEGURO CARRO/MOTO	
OUTROS (ESPECIFICAR)		COMBUSTÍVEL	
		TRANSPORTE ESCOLAR	
		CONVÊNIO MÉDICO	
		CONVÊNIO ODONTOLÓGICO	
		PENSÃO ALIMENTÍCIA	
		OUTROS (ESPECIFICAR)	
TOTAL		TOTAL	

OS RESPONSÁVEIS POSSUEM CONTA CORRENTE EM QUAL BANCO: _____

VI. INFORMAÇÕES FINAIS

OBSERVAÇÕES:

DECLARO QUE AS INFORMAÇÕES PRESTADAS SÃO VERDADEIRAS, CIENTE QUE A OMISSÃO, FALSIDADE OU FALTA DE COMPROVAÇÃO DESTAS IMPLICARÃO EM CANCELAMENTO DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO PARA CONCESSÃO DE BOLSA DE ESTUDOS. ESTOU CIENTE DE QUE DEVO INFORMAR AO SETOR RESPONSÁVEL PELA ANÁLISE, QUALQUER EVENTUAL MUDANÇA NA SITUAÇÃO SOCIOECONÔMICA DA FAMÍLIA.

CIDADE / DATA: _____

NOME DO RESPONSÁVEL: _____ **RG:** _____

_____

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

O QUESTIONÁRIO SOCIOECONOMICO E A DOCUMENTAÇÃO SOLICITADA SERÃO AVALIADOS PELO SERVIÇO SOCIAL, EM CONFORMIDADE COM OS REQUISITOS E CRITÉRIOS INFORMADOS EM EDITAL.