



COLÉGIO DOM BARRETO

Autorização: Portaria Ministerial de 08/04/53 do Ministério de Educação e Saúde e Ato nº 1449 de 20/10/53 do Departamento de Educação.

Reconhecimento: Portaria CEI de 02 publicado no DOE de 03/12/80

Avenida Saudade, 705 - Ponte Preta - Campinas - SP - CEP 13041-670

Fones (0 xx19) 3232-4366 ou (0xx19) 3232-4796 Fax (0xx19) 3234-6696

Site: www.colegiodombarreto.com.br - E-mail: secretaria@colegiodombarreto.com.br

Mantenedora: Colégio Dom Barreto

C.N.P.J. 46.030.789/0001-24

Etapas da Educação Básica: Educação Infantil, Ensino Fundamental e Médio

REQUERIMENTO DE GRATUIDADE EDUCACIONAL

EU _____, abaixo qualificado vem, por meio deste, solicitar que seja concedida gratuidade na parcela de Anuidade Escolar ao(s) aluno(s) a seguir identificado(s), no **ano de 2022**.

1º _____ Ano a cursar 2022 _____.
2º _____ Ano a cursar 2022 _____.
3º _____ Ano a cursar 2022 _____.
4º _____ Ano a cursar 2022 _____.

I – INFORMAÇÕES DO RESPONSÁVEL FINANCEIRO:

Nome:											
CPF				RG				Celular			
Telefone				e-mail							
Esposa (o)											
CPF				RG				Celular			
Telefone				e-mail							
Estado civil dos pais	Casados () Separados () Divorciados () Solteiros () União Estável () Viúvo ()										
Endereço residencial										Nº	
Complemento				Bairro			Cidade			CEP	
Profissão do pai						Cargo					
Empresa							Fone			Ramal	
Endereço comercial										Nº	
Complemento				Bairro			Cidade			CEP	
Profissão da mãe						Cargo					
Empresa							Fone			Ramal	
Endereço comercial										Nº	
Complemento				Bairro			Cidade			CEP	

II – Composição Familiar (citar todas as pessoas que moram na mesma casa).

Nome	Parentesco	Idade	Escolaridade	Profissão	Renda

Renda total familiar R\$ _____.

III – OUTROS RENDIMENTOS DA FAMÍLIA:

Pró-labore / participações societárias: _____ R\$ _____

Receitas de alugueres: _____ R\$ _____

Pensões (alimentícia): _____ R\$ _____

Aposentadoria ou pensão por morte: _____ R\$ _____

Participa do Programa Bolsa Família do Governo Federal: () Sim () Não _____ R\$ _____

Total _____

IV – BENS DE IMÓVEIS:

Família reside em imóvel:	Próprio () Alugado () Financiado () Cedido () Em caso de Cedido cite o nome do proprietário: _____ / Grau de Parentesco: _____.
Tipo de imóvel	Casa () Casa em condomínio fechado () Apartamento () Propriedade rural () Número de cômodos da residência: () Valor atual do seu imóvel no mercado: R\$ _____.

Possui outras propriedades:

Casa: () valor: R\$ _____

Apartamento () valor: R\$ _____

Terreno () valor: R\$ _____

Sítio / fazenda () valor: R\$ _____

Barco () valor: R\$ _____

Outras () valor: R\$ _____

V – QUANTIDADE DE VEÍCULOS OU MOTO QUE A FAMÍLIA POSSUI: um () dois () três () ou mais ()

Marca: _____ Modelo: _____ Ano: _____ Valor: _____

Marca: _____ Modelo: _____ Ano: _____ Valor: _____

Marca: _____ Modelo: _____ Ano: _____ Valor: _____

Marca: _____ Modelo: _____ Ano: _____ Valor: _____

VI – DESPESAS (Trazer cópias de todos comprovantes, caso não tenha será desconsiderados os valores).

Aluguel ou financiamento do imóvel _____ R\$ _____

Condomínio: _____ R\$ _____

Água: _____ R\$ _____

Energia elétrica: _____ R\$ _____

TV a Cabo + Internet _____ R\$ _____

Telefone + Celular: _____ R\$ _____

IPTU: _____ R\$ _____

Financiamento de veículos: _____ R\$ _____

Transporte escolar: _____ R\$ _____

Clube: _____ R\$ _____

Academia: _____ R\$ _____

Plano de saúde: _____ R\$ _____

Empregada doméstica: _____ R\$ _____

Gastos com alimentação _____ R\$ _____

Cartão de Crédito: _____ R\$ _____

Medicamentos: _____ R\$ _____

Mensalidade escolar _____ R\$ _____

TOTAL DAS DESPESAS _____ **R\$** _____

VII – ATIVIDADES EXTRACURRICULARES DO ALUNO:

Inglês: () valor: R\$ _____

Espanhol: () valor: R\$ _____

Balé () valor: R\$ _____

Música: () valor: R\$ _____

Hipismo: () valor: R\$ _____

Futebol: () valor: R\$ _____

Natação: () valor: R\$ _____

Gin. Olímpica: () valor: R\$ _____

Tênis: () valor: R\$ _____

Outros: _____ Valor: R\$ _____

VIII – DADOS SOCIAIS:

Recebe auxílio Financeiro de familiares? () Sim () Não

Nome: _____ Grau de Parentesco: _____

Qual o motivo da ajuda: _____

_____.

IX - Algum membro da família possui doença crônica ou algum problema relevante? () Sim () Não**Deverá apresentar o laudo médico com o código do CID da doença e cópias dos comprovantes de despesas.**

Nome / Grau de Parentesco	Doença	Qual Convênio ou SUS	Valor das Despesas

Outros Tratamentos / Apresentar Cópias das Despesas.

Pedagogo: () valor: R\$ _____

Psicólogo: () valor: R\$ _____

Psicopedagogo: () valor: R\$ _____

Fisioterapia: () valor: R\$ _____

Fonoaudiólogo () valor: R\$ _____

Ortodontia: () valor: R\$ _____

Responsável Financeiro:

Declara ter conhecimento e aceita as condições para a concessão da gratuidade:

-A gratuidade será concedida se comprovada a real necessidade da família, mediante avaliação sócio econômica, visita domiciliar e entrevista pessoal;

-Não serão analisados requerimentos incompletos;**-O aluno beneficiado pela Escola deverá efetuar o pagamento até a data do vencimento;****-O inadimplemento incorrerá na perda da gratuidade;****-Toda e qualquer gratuidade dada pela ESCOLA constitui concessão filantrópica, podendo ser alterada a qualquer momento ou suspensa, desde que comunicada com antecedência mínima de 30 dias;****-O responsável financeiro deve se comprometer a apresentar comprovantes das declarações contidas neste requerimento, bem como prestar as informações solicitadas pelo Serviço Social.****A gratuidade concedida vale para o ano em curso, não renovando automaticamente em nenhum caso. Os alunos inadimplentes não podem pleitear gratuidades.**

Declaro sob as penas da lei, serem verdadeiras todas as informações por mim fornecidas neste formulário e na entrega dos documentos solicitados. Estou ciente das normas que regem a presente solicitação e se as informações prestadas, quando **INVERÍDICAS**, a **QUALQUER TEMPO** o Colégio poderá **CANCELAR A GRATUIDADE** concedida e exigir o **RESSARCIMENTO dos VALORES CONCEDIDOS**. O responsável pela falsa informação prestada estará sujeito às penalidades previstas em lei. **O Colégio Dom Barreto reserva-se o direito de determinar a realização de visita domiciliar, que fica desde já autorizada pelo (a) responsável.**

Campinas, ____ de _____ de _____.

Assinatura do responsável financeiro

PARECER DO SERVIÇO SOCIAL:

() DEFERIDO () INDEFERIDO Percentual _____%

Reavaliado / Cancelado em: _____. Motivo/ Referente: _____

_____.