

**REQUERIMENTO DE GRATUIDADE EDUCACIONAL**

Eu, responsável legal: \_\_\_\_\_, 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 2026.

1º \_\_\_\_\_ Ano a cursar 2026 \_\_\_\_\_.  
2º \_\_\_\_\_ Ano a cursar 2026 \_\_\_\_\_.  
3º \_\_\_\_\_ Ano a cursar 2026 \_\_\_\_\_.

**INFORMAÇÕES DO RESPONSÁVEL FINANCEIRO:**

<b>Nome:</b>			
<b>CPF:</b>	<b>RG:</b>	<b>Celular:</b>	
<b>Telefone:</b>	<b>e-mail:</b>		
<b>Cônjuge:</b>			
<b>CPF:</b>	<b>RG:</b>	<b>Celular:</b>	
<b>Telefone:</b>	<b>e-mail:</b>		
<b>Estado civil dos responsáveis:</b>	Casados( ) Separados( ) Divorciados( ) Solteiros( ) União Estável( ) Viúvo ( )		
<b>Endereço residencial:</b>			<b>Nº:</b>
<b>Complemento:</b>		<b>Bairro:</b>	
<b>Cidade:</b>		<b>CEP:</b>	
<b>Profissão do Responsável I:</b>		<b>Cargo:</b>	
<b>Empresa:</b>		<b>Fone:</b>	<b>Ramal:</b>
<b>Endereço comercial:</b>			<b>Nº:</b>
<b>Complemento:</b>		<b>Cidade:</b>	
<b>Cidade:</b>		<b>CEP:</b>	
<b>Profissão do Responsável II:</b>		<b>Cargo:</b>	



Empresa:		Fone:		Ramal
Endereço comercial:			Nº:	
Complemento:	Bairro:	Cidade:	CEP:	

Preencher somente se o responsável financeiro não for o responsável legal pela criança:

Nome:				
CPF:		RG:		Celular:
Telefone:		Celular:		Grau de Parentesco:
Estado civil:	Solteiro ( ) Casado ( ) Separado ( ) Divorciado ( ) Viúvo ( ) Outras ( )			
Endereço residencial:				Nº:
Complemento:			Cidade:	
Cidade:			CEP:	
Profissão:			Cargo:	
Empresa:		Fone:		Ramal
Endereço comercial:				Nº:
Complemento:	Bairro:	Cidade:	CEP:	

1 COMPOSIÇÃO FAMILIAR (citar todas as pessoas que moram na mesma casa).

Nome	Parentesco	Idade	Escolaridade	Profissão	Renda

Renda total familiar R\$ \_\_\_\_\_

**2 OUTROS RENDIMENTOS DA FAMÍLIA:**

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

Receitas de aluguéis: \_\_\_\_\_ R\$ \_\_\_\_\_

Pensões (alimentícia): \_\_\_\_\_ R\$ \_\_\_\_\_

Aposentadoria ou pensão por morte: \_\_\_\_\_ R\$ \_\_\_\_\_

Participa do Programa Auxílio Brasil do Governo Federal: ( ) Sim ( ) Não R\$ \_\_\_\_\_

**Total** \_\_\_\_\_**3 BENS 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\$ \_\_\_\_\_

Sítio / fazenda ( ) valor: R\$ \_\_\_\_\_

Apartamento ( ) valor: R\$ \_\_\_\_\_

Barco ( ) valor: R\$ \_\_\_\_\_

Terreno ( ) valor: R\$ \_\_\_\_\_

Outras ( ) valor: R\$ \_\_\_\_\_

**4 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: \_\_\_\_\_

**5 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 R\$**

**DESPESAS** \_\_\_\_\_

**6 ATIVIDADES EXTRACURRICULARES DO ALUNO:**

Inglês: ( ) valor: R\$ \_\_\_\_\_

Futebol: ( ) valor: R\$ \_\_\_\_\_

Espanhol: ( ) valor: R\$ \_\_\_\_\_

Natação: ( ) valor: R\$ \_\_\_\_\_



Balé ( ) valor: R\$ \_\_\_\_\_

Gin. Olímpica: ( ) valor: R\$ \_\_\_\_\_

Música: ( ) valor: R\$ \_\_\_\_\_

Tênis: ( ) valor: R\$ \_\_\_\_\_

Hipismo: ( ) valor: R\$ \_\_\_\_\_

Outros: \_\_\_\_\_ Valor: R\$ \_\_\_\_\_

**7 DADOS SOCIAIS:**

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

Nome: \_\_\_\_\_ Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_

Qual o motivo da ajuda:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**8 DOENÇA - 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\$ \_\_\_\_\_

Fisioterapia: ( ) valor: R\$ \_\_\_\_\_

Psicólogo: ( ) valor: R\$ \_\_\_\_\_

Fonoaudiólogo ( ) valor: R\$ \_\_\_\_\_

Psicopedagogo: ( ) 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 suspensão, 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 Núcleo de Educação Integrada – Fundação Romi reserva-se o direito de determinar a realização de visita domiciliar, que fica desde já autorizada pelo (a) responsável.**

Santa Bárbara d'Oeste, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do responsável financeiro**



**PARECER DO SERVIÇO SOCIAL:**

---

---

---

---

---

---

---

( ) DEFERIDO    ( ) INDEFERIDO    Percentual \_\_\_\_\_%

Reavaliado / Cancelado em: \_\_\_\_\_

Motivo / Referente: \_\_\_\_\_

---

Assistente Social Responsável

Nome  
CRESS