



MUNICÍPIO DE CAMBARÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
E S T A D O D O P A R A N Á

Av. Brasil, 1.229 – Cambará/PR – 86390-000 – (43) 3532-8800

PROCESSO Nº _____/2018

ANEXO I – FORMULÁRIO DE CADASTRAMENTO

**FORMULÁRIO DE CADASTRAMENTO PARA AVALIAÇÃO NA OBTENÇÃO DE
SUBSÍDIO AO TRANSPORTE, CONFORME LEI Nº 1.690 DE 27 DE FEVEREIRO DE 2.018.**

1. Dados do aluno - OBRIGATÓRIO

Nome:			
RG:		CPF:	
Endereço:			Nº
Bairro:		Complemento:	
Município/UF:		CEP:	
Data nascimento: / /		Estado Civil	
Sexo: () M () F	E-mail:		
Telefone Res: ()		Celular: ()	
Filiação:			
Pai: _____			
Mãe: _____			

2. Local de trabalho - OBRIGATÓRIO

Empresa:			
Endereço:			Nº
Bairro:		Complemento:	
Município/UF:		CEP:	
Telefone: ()		Ramal:	

3. Dados referentes ao curso e a instituição de ensino - OBRIGATÓRIO

Instituição de ensino:			
Curso:		Semestre:	
Município/UF:		Campus:	
Período: () manhã () Tarde () Noite () Integral			
Duração: semestres	Ano de início:		Ano de conclusão:
Dias necessários para utilização do transporte:			
() Segunda () Terça () Quarta () Quinta () Sexta			



MUNICÍPIO DE CAMBARÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
E S T A D O D O P A R A N Á

Av. Brasil, 1.229 – Cambará/PR – 86390-000 – (43) 3532-8800

4. Composição familiar: - OBRIGATÓRIO

(Pessoas que moram no mesmo endereço, contribuam e/ou dependam da renda familiar).

Nome	Grau de Parentesco	Idade	Renda
1*.			R\$
2.			R\$
3.			R\$
4.			R\$
5.			R\$
6.			R\$

* o campo 1 deve ser preenchido com o nome do estudante requerente do benefício, colocando idade e renda, deixando o grau de parentesco em branco.

5. Dados bancários: (Caixa Econômica Federal) - OBRIGATÓRIO

Banco:	
Agência:	Conta corrente:
Conta: () Poupança () Corrente	

6. Questionário:

6.1. A família possui residência?

() Própria () Alugada () Financiada () Cedida

() Outros: _____

6.2. A família é beneficiada de:

() Bolsa Família () Renda Cidadã () Ação Jovem

() Outros: _____

6.3. O aluno é beneficiado de:

() Prouni () FIES () Bolsa de Estudos

() Outros: _____

6.4. O aluno possui curso completo de:

Graduação: () Sim () Não / Qual: _____

Pós-Graduação: () Sim () Não / Qual: _____

Declaro, sob as penas da lei, que as informações contidas neste formulário expressam a verdade e que os documentos que acompanham são fiéis aos originais, pelos quais me responsabilizo totalmente. Declaro ainda, ter conhecimento dos termos da Lei nº 1.690 de 27 de fevereiro de 2018 e o Edital nº 001/2018 – SMAS, tendo ciência das regras, obrigações e penalidades previstas.



MUNICÍPIO DE CAMBARÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
E S T A D O D O P A R A N Á

Av. Brasil, 1.229 – Cambará/PR – 86390-000 – (43) 3532-8800

Cambará, _____ de _____ de 2018.

Nome: _____ CPF: _____

Assinatura do aluno ou seu representante legal