



MUNICÍPIO DE CAMBARÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

ESTADO DO PARANÁ
Av. Brasil, 1.310 – Cambará/PR – 86390-000 – (43) 3532-2290

PROCESSO Nº _____/2022

**ANEXO I – FORMULÁRIO DE CADASTRAMENTO PARA AVALIAÇÃO NA OBTENÇÃO DE
SUBSÍDIO AO TRANSPORTE, CONFORME EDITAL 01/2022 SMAS E LEI 1.690/2018**

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

ESTADO DO PARANÁ
Av. Brasil, 1.310 – Cambará/PR – 86390-000 – (43) 3532-2290

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\$
7.			R\$
8.			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:

() Sim () Não

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 alterações posteriores e do Edital nº 001/2020 – 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, 1.310 – Cambará/PR – 86390-000 – (43) 3532-2290

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 2022.

Nome: _____ CPF: _____

Assinatura do aluno ou seu representante legal

FICHA CADASTRAL – PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO*

Nome: _____

CPF: _____

Telefone celular: _____

Empresa de Transporte: _____

Nº da conta (Caixa Econômica Federal): _____

Campo de preenchimento exclusivo da Secretaria Municipal de Assistência Social*

Valor mensal: _____

Nº de parcelas: _____

Renda per capita: _____

Porcentagem de desconto: _____

Protocolo nº _____/2022

Atestamos o recebimento do formulário de cadastramento para avaliação na obtenção de subsídio ao transporte, conforme Edital 01/2022 SMAS e Lei 1.690/2018, bem como a documentação comprobatória solicitada. O resultado será publicado no site da Prefeitura e na Secretaria Municipal de Assistência Social no dia 10 do próximo mês.

Cambará, ____ de _____ de 2022

Assinatura do responsável pelo protocolo