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

PROCESSO Nº _____/2023

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 inicio:**	**Ano de conclusão:**
Dias necessários para utilização do transporte: **( ) Segunda ( ) Terça ( ) Quarta ( ) Quinta ( ) Sexta**		

4. Composição familiar: - OBRIGATÓRIO

Nome	Grau de Parentesco	Idade	Renda
1.Nome do aluno solicitante:	- - -		**R$**
2.			**R$**
3.			**R$**
4.			**R$**
5.			**R$**
6.			**R$**
7.			**R$**
8.			**R$**

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

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 beneficiaria do Programa Auxílio Brasil ou similar:
( ) 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.

Cambará, _____de _ _____de 2023.

Nome:_____CPF:_____

_____
Assinatura do aluno ou seu representante legal

FICHA CADASTRAL – PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

Nome: _____
CPF:_____
Telefone celular:_____
Empresa de Transporte:_____
N° da conta (**Caixa Econômica Federal**):_____

O campo abaixo é exclusivo para preenchimento da Secretaria de Assistência Social:

Valor mensal:_____
N° 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 2023

Assinatura do responsável pelo protocolo