



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 _____ /2024

**ANEXO I – FORMULÁRIO DE CADASTRAMENTO PARA AVALIAÇÃO NA OBTENÇÃO DE
SUBSÍDIO AO TRANSPORTE, CONFORME EDITAL 01/2024 SMAS E LEI 1.690/2018**

1. Dados do aluno - OBRIGATÓRIO

Nome:	
RG:	CPF:
Endereço:	Nº
Bairro:	Complemento:
Município/UF:	CEP:
E-mail:	
Telefone fixo: ()	Celular: ()

2. 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		

3. Dados bancários: (Caixa Econômica Federal) – OBRIGATÓRIO

Banco:	
Agência:	Conta:
Conta: () Poupança () Corrente	
Chave PIX:	

4. Questionário:

4.1. A família é beneficiária do Programa Bolsa Família ou similar:

() Sim () Não

4.2. O aluno é beneficiário de:

() Prouni () FIES () Bolsa de Estudos

() Outros: _____

4.3. O aluno possui curso completo de:

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

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



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

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 001/2024 – SMAS, tendo ciência das regras, obrigações e penalidades previstas.

Cambará, _____ de _____ de 2024.

Nome: _____ CPF: _____

Assinatura do aluno ou seu representante legal



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

FICHA CADASTRAL – PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

Nome: _____

CPF: _____

Telefone celular: _____

Empresa de Transporte: _____

Nº da conta (Caixa Econômica Federal): _____

Chave PIX: _____

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

Valor mensal: _____

Nº de parcelas: _____

Renda per capita: _____

Porcentagem de desconto: _____

Protocolo nº _____/2024

Atestamos o recebimento do formulário de cadastramento para avaliação na obtenção de subsídio ao transporte, conforme Edital 01/2024 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 2024

Assinatura do responsável pelo protocolo