



## Prefeitura Municipal de Tatuí

SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO

Rua Dr. Gualter Nunes, 468 – Jd. Junqueira – Cep-18.271-210

Fone: (15)3251.5848 / Fax: (15)3251.4711 e-mail: [educacao@tatui.sp.gov.br](mailto:educacao@tatui.sp.gov.br)

### CADASTRO / TRANSPORTE UNIVERSITÁRIO / 2017

01 IDENTIFICAÇÃO	
Aluno(a):	
RG:	CPF:
Endereço:	
Bairro:	CEP:
Telefone Fixo:	Telefone Celular:-
Email:-	
Faculdade:	Cidade da Faculdade:
Curso:	Duração Curso (Ano):
Período: Diurno ( ) Noturno ( )	Semestre Atual Matriculado(a): ( )
PROUNI: ( ) FIES: ( )	Outros Especificar: ( )
Transporte Universitário: Novo ( )	Renovação ( )

02 IDENTIFICAÇÃO DOS PAIS / RESPONSÁVEL	
Pai:	Idade:
RG :	CPF:
Local de Trabalho:	Renda Mensal: R\$
Mãe:	Idade:
RG:	CPF:
Local Trabalho:	Renda Mensal: R\$
Pais Separados: ( ) NÃO ( ) SIM	

03 QUADRO DE COMPOSIÇÃO FAMILIAR (COLOCAR PRIMEIRO O NOME DO CANDIDATO(A). DESTE QUADRO DEVE CONSTAR TODAS AS PESSOAS QUE MORAM COM O CANDIDATO (A), INCLUSIVE CRIANÇAS.						
Nome Completo	Parentesco	Idade	Profissão ou Atividade	Estado Civil	Escolaridade	Renda Mensal (R\$)
Renda Total Familiar:						R\$

04 RENDA AGREGADA			
( ) Pensão Alimentícia R\$ _____	( ) Ajuda de Familiares R\$ _____	( ) Trabalho Informal R\$ _____	( ) Aluguel Recebido R\$ _____
Total da Renda Familiar Agregada: R\$			

05 IMOVÉL OU MORADIA			
( ) Próprio	( ) Alugado Valor do Aluguel: R\$ _____	( ) Cedido Proprietário ou parentesco com: _____	( ) Financiado Valor da Prestação: R\$ _____

06 VEÍCULO			
Marca/Modelo	Ano Fabricação	Comercial	Passeio



## Prefeitura Municipal de Tatuí

SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO  
Rua Dr. Gualter Nunes, 468 – Jd. Junqueira – Cep-18.271-210  
Fone: (15)3251.5848 / Fax: (15)3251.4711 e-mail: [educacao@tatuí.sp.gov.br](mailto:educacao@tatuí.sp.gov.br)

07 PESSOAS QUE ESTUDAM EM OUTRAS ESCOLAS PARTICULARES		
Nome	Escola	Valor da Parcela: R\$

08 CONDIÇÕES DE SAÚDE	
Há alguém que está em tratamento médico? (     ) NÃO (     ) SIM	
Faz uso de Medicamento Contínuo? (     ) NÃO (     ) SIM	

09 DOENÇAS CRÔNICAS	
Doenças pulmonares, renais, câncer, sanguíneas, AIDS, Neurológicas, (epilepsia), cardíacas, outras. Há caso de doença crônica na Família? (     ) NÃO (     ) SIM	
Nome	Tipo de Doença

10 PESSOAS COM DEFICIÊNCIA	
Física, mental, sensorial, (auditiva, visual), múltipla - (Conforme Decreto nº. 3.298/99) Há pessoa com deficiência na Família? (     ) NÃO (     ) SIM	
Nome	Tipo de Deficiência

11 DESPESAS MENSIS BÁSICAS			
Despesas	Valor	Despesas	Valor
Água	R\$	Luz	R\$
Telefone	R\$	Plano de Saúde	R\$
Alimentação	R\$	Mensalidade Escolar ( todos da família)	R\$
Aluguel ou Prestação Casa Própria	R\$	Outras despesas com saúde	R\$
Condomínio	R\$	Outro tipo de financiamento	R\$
IPTU	R\$	Outras despesas	R\$
Sub-Total: R\$		Sub-Total:- R\$	
<b>Soma Total Despesas:- R\$</b>			

Declaro, sob as penas da lei, serem os dados fornecidos neste formulário e idôneos os documentos que o acompanham, declarando-me, ainda, ciente de que falsidade ou divergência nas informações acarreta o indeferimento sumário do pedido ou suspensão do benefício, caso tenha sido conhecido.

Local/Data: \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_.

CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Candidato ou Responsável Legal