



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@tatu.sp.gov.br

CADASTRO / TRANSPORTE UNIVERSITÁRIO / 2019

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 IMÓVEL 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@tatui.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 MENSAIS 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\$	
Soma Total Despesas:- R\$			

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: ____/____/____.

RG: _____ CPF: _____

Assinatura do Candidato ou Responsável Legal