



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

CADASTRO / TRANSPORTE UNIVERSITÁRIO / 2020

IDENTIFICAÇÃO

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

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: (<input type="checkbox"/>) NÃO (<input type="checkbox"/>) SIM	

**03 QUADRO DE COMPOSIÇÃO FAMILIAR
(COLOCAR PRIMEIRO O NOME DO CANDIDATO(A).)**

04

RENDAS AGREGADAS

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

05

IMOVÉL OU MORADIA

() Próprio () Alugado () Cedido () Financiado
Valor do Aluguel: Proprietário ou parentesco com:
R\$ _____ 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

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: - _____ / _____ / _____.

CPF: _____ RG: _____

Assinatura do Candidato ou Responsável Legal