

**ANEXO IV - CADASTRO MUNICIPAL PARA PROGRAMA DE TRANSPORTE**  
**( ) Pato Branco – Noturno ( ) Francisco Beltrão – Noturno ( ) Dois Vizinhos – Noturno**  
**( ) Dois Vizinhos – Diurno**

**DADOS PESSOAIS /DE ENSINO/ PROFISSIONAIS**

Nome do Titular (estudante): \_\_\_\_\_  
Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo: ( ) F ( ) M Fone: \_\_\_\_\_  
Nome dos Pais: \_\_\_\_\_  
Naturalidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
RG: \_\_\_\_\_ Org. Emissor: \_\_\_\_\_ Data de Expedição: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Título Eleitor: \_\_\_\_\_ Zona \_\_\_\_\_ Seção \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_  
**ESTADO CIVIL:** ( ) SOLTEIRO ( ) CASADO NO CIVIL ( ) SEPARADO ( ) CASADO APENAS NA IGREJA  
( ) VIUVO ( ) AMASIADO

**INSTITUIÇÃO DE ENSINO :** \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_ Curso: \_\_\_\_\_  
Período/Semestre: \_\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_\_ as \_\_\_\_\_

**TRABALHA:** ( ) Sim Onde: \_\_\_\_\_ Função: \_\_\_\_\_  
**CART. ASSINADA:** ( ) SIM ( ) NÃO ( ) DIARISTA / FUNÇÃO \_\_\_\_\_  
**VALOR SERVIÇO DIA R\$:** \_\_\_\_\_ **VALOR TOTAL DA RENDA MENSAL:** \_\_\_\_\_  
Já possui curso superior ou técnico: ( ) Sim ( ) Não

**ENDEREÇO RESIDENCIAL:**

Rua: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
Telefone para Contato: \_\_\_\_\_ Tempo de Residência no Município: \_\_\_\_\_

**DADOS DO CÔNJUGE**

Nome do cônjuge: \_\_\_\_\_  
Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Natural de: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_  
RG: \_\_\_\_\_ Org. Emissor: \_\_\_\_\_ Data de Expedição: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_ Título de Eleitor: \_\_\_\_\_ Zona: \_\_\_\_\_ Seção: \_\_\_\_\_  
Tempo de casados: \_\_\_\_\_

**TRABALHA:** ( ) Sim Onde: \_\_\_\_\_ Função: \_\_\_\_\_  
**CART. ASSINADA:** ( ) SIM ( ) NÃO ( ) DIARISTA / FUNÇÃO \_\_\_\_\_  
**VALOR SERVIÇO DIA R\$:** \_\_\_\_\_ **VALOR TOTAL DA RENDA MENSAL:** \_\_\_\_\_

## COMPOSIÇÃO FAMILIAR

Vivem sob o mesmo teto além do Cônjuge:

1- \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Dat. Nasc.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

( ) Trabalha ( ) Estuda: \_\_\_\_\_ Renda (R\$) \_\_\_\_\_

2- \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Dat. Nasc.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

( ) Trabalha ( ) Estuda: \_\_\_\_\_ Renda (R\$) \_\_\_\_\_

3- \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Dat. Nasc.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

( ) Trabalha ( ) Estuda: \_\_\_\_\_ Renda (R\$) \_\_\_\_\_

4- \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Dat. Nasc.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

( ) Trabalha ( ) Estuda: \_\_\_\_\_ Renda (R\$) \_\_\_\_\_

5- \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Dat. Nasc.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

( ) Trabalha ( ) Estuda: \_\_\_\_\_ Renda (R\$) \_\_\_\_\_

A família recebe algum benefício do Governo? ( ) Sim ( ) Não

( ) Bolsa Família – Valor R\$: \_\_\_\_\_ ( ) Leite das Crianças

( ) BPC: (Auxílio para idoso ou pessoa com deficiência) Quantos Beneficiados: \_\_\_\_\_

( ) Outros, quais: \_\_\_\_\_

**REND A FAMILIAR TOTAL MENSAL: R\$ \_\_\_\_\_ RENDA PER CAPITA:**

Por ser expressão de verdade e fé, firmo o presente.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Responsável  
Prestou as informações

## PARECER FINAL

6 - Assinatura dos Membros da Comissão de Avaliação