



PREFEITURA DE CONGONHAS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO  
DIRETORIA DE APOIO TÉCNICO OPERACIONAL  
PROGRAMA PASSE ESTUDANTIL

FOTO

Nº Inscrição

Matricula do(a) servidor(a)

ANO 2021

Nº do Cartão

Nome:

Data Nascimento:

Idade:

Naturalidade:

Filiação

Mãe:

Pai:

Responsáveis com quem reside

( ) Pais ( ) Pai ( ) Mãe ( ) Irmã/Irmão ( ) Avô/Avó ( ) Tio/Tia ( ) outros

Endereço

Telefone

Escola que estudou em 2020:

SÉRIE/ANO

Escola que estudará em 2021:

TURNO

(M) (T) (N)

Trabalha: ( ) Sim ( ) Não

Empresa:

Nº de membros do grupo familiar

Nº de membros do grupo familiar que possuem renda (*Apresentar comprovante de renda de cada membro*)

Renda Familiar:

( ) 1 a 3 salários  
( ) acima de 3 salários

Beneficiário de Programas similares para concessão de auxílio de Transporte Escolar? ( ) Sim ( ) Não Qual?

Necessita de mais 02 créditos para se locomover até a escola? (sim) Justifique:

(Art. 10 da Lei 3386/14 e Art. 14. Decreto 6030/14)

#### TERMO DE COMPROMISSO

Responsabilizo-me pela exatidão das informações prestadas e estou ciente de que a omissão de dados e a constatação de qualquer irregularidade implicarão na suspensão/cancelamento do benefício. Comprometo-me também em comunicar à Secretaria Municipal de Educação de Congonhas, por escrito, desistência de benefício, seja por cancelamento de matrícula ou quaisquer outros motivos. Declaro que estou ciente da Legislação a respeito do Programa Passe Estudantil.

Carimbo da Instituição / Assinatura do Funcionário da Secretaria

#### XEROX Documentação:

( ) CPF ( ) Identidade ou Certidão de Nascimento ( ) Certidão de Casamento ou União Estável ( ) fotografia  
( ) Comprovante de Renda Familiar (**3 últimos**) ( ) Declaração de Matrícula referente ao período  
( ) Comprovante de endereço em nome do requerente ou beneficiário/contrato de aluguel/recibo de aluguel

Assinatura (**legível e por extenso**) do Responsável  
Congonhas, \_\_\_/\_\_\_/21

#### RESERVADO PARA PREENCHIMENTO PELA SEMED

Nº Inscrição: \_\_\_\_\_

Data de Recebimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Matrícula do(a) Servidor(a): \_\_\_\_\_

Assinatura -SEMED

( ) Requerimento devidamente preenchido  
( ) CPF ( ) Fotografia ( ) Identidade ou Certidão de Nasc  
( ) Certidão de Casamento ou União Estável  
( ) Declaração de Matrícula referente ao período  
( ) Comprovante de Renda Familiar (**3 últimos**)  
( ) Comprovante de endereço em nome do requerente



PREFEITURA DE CONGONHAS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO  
DIRETORIA DE APOIO TÉCNICO OPERACIONAL  
PROGRAMA PASSE ESTUDANTIL

FOTO

Nº Inscrição

Matricula do(a) servidor(a)

ANO 2021

Nº do Cartão

Nome:

Data Nascimento:

Idade:

Naturalidade:

Filiação

Mãe:

Pai:

Responsáveis com quem reside

( ) Pais ( ) Pai ( ) Mãe ( ) Irmã/Irmão ( ) Avô/Avó ( ) Tio/Tia ( ) outros

Endereço

Telefone

Escola que estudou em 2020:

SÉRIE/ANO

Escola que estudará em 2021:

TURNO

(M) (T) (N)

Trabalha: ( ) Sim ( ) Não

Empresa:

Nº de membros do grupo familiar

Nº de membros do grupo familiar que possuem renda (Apresentar comprovante de renda de cada membro)

Renda Familiar:

( ) 1 a 3 salários  
( ) acima de 3 salários

Beneficiário de Programas similares para concessão de auxílio de Transporte Escolar? ( ) Sim ( ) Não Qual?

Necessita de mais 02 créditos para se locomover até a escola? (sim) Justifique:

(Art. 10 da Lei 3386/14 e Art. 14. Decreto 6030/14)

TERMO DE COMPROMISSO

Responsabilizo-me pela exatidão das informações prestadas e estou ciente de que a omissão de dados e a constatação de qualquer irregularidade implicarão na suspensão/cancelamento do benefício. Comprometo-me também em comunicar à Secretaria Municipal de Educação de Congonhas, por escrito, desistência de benefício, seja por cancelamento de matrícula ou quaisquer outros motivos. Declaro que estou ciente da Legislação a respeito do Programa Passe Estudantil.

Carimbo da Instituição / Assinatura do Funcionário da Secretaria

XEROX Documentação:

( ) CPF ( ) Identidade ou Certidão de Nascimento ( ) Certidão de Casamento ou União Estável ( ) fotografia  
( ) Comprovante de Renda Familiar (3 últimos) ( ) Declaração de Matrícula referente ao período  
( ) Comprovante de endereço em nome do requerente ou beneficiário/contrato de aluguel/recibo de aluguel

Assinatura (legível e por extenso) do Responsável  
Congonhas, \_\_\_/21

RESERVADO PARA PREENCHIMENTO PELA SEMED

Nº Inscrição: \_\_\_\_\_

Data de Recebimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Matrícula do(a) Servidor(a): \_\_\_\_\_

Assinatura -SEMED

( ) Requerimento devidamente preenchido  
( ) CPF ( ) Fotografia ( ) Identidade ou Certidão de Nasc  
( ) Certidão de Casamento ou União Estável  
( ) Declaração de Matrícula referente ao período  
( ) Comprovante de Renda Familiar (3 últimos)  
( ) Comprovante de endereço em nome do requerente



PREFEITURA DE CONGONHAS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO  
DIRETORIA DE APOIO TÉCNICO OPERACIONAL  
PROGRAMA PASSE ESTUDANTIL

FOTO

Nº Inscrição

Matricula do(a) servidor(a)

ANO 2021

Nº do Cartão

Nome:

Data Nascimento:

Idade:

Naturalidade:

Filiação

Mãe:

Pai:

Responsáveis com quem reside

( ) Pais ( ) Pai ( ) Mãe ( ) Irmã/Irmão ( ) Avô/Avó ( ) Tio/Tia ( ) outros

Endereço

Telefone

Escola que estudou em 2020:

SÉRIE/ANO

Escola que estudará em 2021:

TURNO

(M) (T) (N)

Trabalha: ( ) Sim ( ) Não

Empresa:

Nº de membros do grupo familiar

Nº de membros do grupo familiar que possuem renda (Apresentar comprovante de renda de cada membro)

Renda Familiar:

( ) 1 a 3 salários  
( ) acima de 3 salários

Beneficiário de Programas similares para concessão de auxílio de Transporte Escolar? ( ) Sim ( ) Não Qual?

Necessita de mais 02 créditos para se locomover até a escola? (sim) Justifique:

(Art. 10 da Lei 3386/14 e Art. 14. Decreto 6030/14)

TERMO DE COMPROMISSO

Responsabilizo-me pela exatidão das informações prestadas e estou ciente de que a omissão de dados e a constatação de qualquer irregularidade implicarão na suspensão/cancelamento do benefício. Comprometo-me também em comunicar à Secretaria Municipal de Educação de Congonhas, por escrito, desistência de benefício, seja por cancelamento de matrícula ou quaisquer outros motivos. Declaro que estou ciente da Legislação a respeito do Programa Passe Estudantil.

Carimbo da Instituição / Assinatura do Funcionário da Secretaria

XEROX Documentação:

( ) CPF ( ) Identidade ou Certidão de Nascimento ( ) Certidão de Casamento ou União Estável ( ) fotografia  
( ) Comprovante de Renda Familiar (3 últimos) ( ) Declaração de Matrícula referente ao período  
( ) Comprovante de endereço em nome do requerente ou beneficiário/contrato de aluguel/recibo de aluguel

Assinatura (legível e por extenso) do Responsável  
Congonhas, \_\_\_/\_\_\_/21

RESERVADO PARA PREENCHIMENTO PELA SEMED

Nº Inscrição: \_\_\_\_\_

Data de Recebimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Matricula do(a) Servidor(a): \_\_\_\_\_

Assinatura -SEMED

( ) Requerimento devidamente preenchido  
( ) CPF ( ) Fotografia ( ) Identidade ou Certidão de Nasc  
( ) Certidão de Casamento ou União Estável  
( ) Declaração de Matrícula referente ao período  
( ) Comprovante de Renda Familiar (3 últimos)  
( ) Comprovante de endereço em nome do requerente



PREFEITURA DE CONGONHAS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO  
DIRETORIA DE APOIO TÉCNICO OPERACIONAL  
PROGRAMA PASSE ESTUDANTIL

FOTO

Nº Inscrição

Matricula do(a) servidor(a)

ANO 2021

Nº do Cartão

Nome:

Data Nascimento:

Idade:

Naturalidade:

Filiação

Mãe:

Pai:

Responsáveis com quem reside

( ) Pais ( ) Pai ( ) Mãe ( ) Irmã/Irmão ( ) Avô/Avó ( ) Tio/Tia ( ) outros

Endereço

Telefone

Escola que estudou em 2020:

SÉRIE/ANO

Escola que estudará em 2021:

TURNO

(M) (T) (N)

Trabalha: ( ) Sim ( ) Não

Empresa:

Nº de membros do grupo familiar

Nº de membros do grupo familiar que possuem renda (*Apresentar comprovante de renda de cada membro*)

Renda Familiar:

( ) 1 a 3 salários  
( ) acima de 3 salários

Beneficiário de Programas similares para concessão de auxílio de Transporte Escolar? ( ) Sim ( ) Não Qual?

Necessita de mais 02 créditos para se locomover até a escola? (sim) Justifique:

(Art. 10 da Lei 3386/14 e Art. 14. Decreto 6030/14)

#### TERMO DE COMPROMISSO

Responsabilizo-me pela exatidão das informações prestadas e estou ciente de que a omissão de dados e a constatação de qualquer irregularidade implicarão na suspensão/cancelamento do benefício. Comprometo-me também em comunicar à Secretaria Municipal de Educação de Congonhas, por escrito, desistência de benefício, seja por cancelamento de matrícula ou quaisquer outros motivos. Declaro que estou ciente da Legislação a respeito do Programa Passe Estudantil.

Carimbo da Instituição / Assinatura do Funcionário da Secretaria

**XEROX** Documentação:

( ) CPF ( ) Identidade ou Certidão de Nascimento ( ) Certidão de Casamento ou União Estável ( ) fotografia  
( ) Comprovante de Renda Familiar (**3 últimos**) ( ) Declaração de Matrícula referente ao período  
( ) Comprovante de endereço em nome do requerente ou beneficiário/contrato de aluguel/recibo de aluguel

Assinatura (**legível e por extenso**) do Responsável  
Congonhas, \_\_\_/\_\_\_/21

#### RESERVADO PARA PREENCHIMENTO PELA SEMED

Nº Inscrição: \_\_\_\_\_

Data de Recebimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Matrícula do(a) Servidor(a): \_\_\_\_\_

Assinatura -SEMED

( ) Requerimento devidamente preenchido  
( ) CPF ( ) Fotografia ( ) Identidade ou Certidão de Nasc  
( ) Certidão de Casamento ou União Estável  
( ) Declaração de Matrícula referente ao período  
( ) Comprovante de Renda Familiar (**3 últimos**)  
( ) Comprovante de endereço em nome do requerente



PREFEITURA DE CONGONHAS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO  
DIRETORIA DE APOIO TÉCNICO OPERACIONAL  
PROGRAMA PASSE ESTUDANTIL

FOTO

Nº Inscrição

Matricula do(a) servidor(a)

ANO 2021

Nº do Cartão

Nome:

Data Nascimento:

Idade:

Naturalidade:

Filiação

Mãe:

Pai:

Responsáveis com quem reside

( ) Pais ( ) Pai ( ) Mãe ( ) Irmã/Irmão ( ) Avô/Avó ( ) Tio/Tia ( ) outros

Endereço

Telefone

Escola que estudou em 2020:

SÉRIE/ANO

Escola que estudará em 2021:

TURNO

(M) (T) (N)

Trabalha: ( ) Sim ( ) Não

Empresa:

Nº de membros do grupo familiar

Nº de membros do grupo familiar que possuem renda (*Apresentar comprovante de renda de cada membro*)

Renda Familiar:

( ) 1 a 3 salários  
( ) acima de 3 salários

Beneficiário de Programas similares para concessão de auxílio de Transporte Escolar? ( ) Sim ( ) Não Qual?

Necessita de mais 02 créditos para se locomover até a escola? (sim) Justifique:

(Art. 10 da Lei 3386/14 e Art. 14. Decreto 6030/14)

#### TERMO DE COMPROMISSO

Responsabilizo-me pela exatidão das informações prestadas e estou ciente de que a omissão de dados e a constatação de qualquer irregularidade implicarão na suspensão/cancelamento do benefício. Comprometo-me também em comunicar à Secretaria Municipal de Educação de Congonhas, por escrito, desistência de benefício, seja por cancelamento de matrícula ou quaisquer outros motivos. Declaro que estou ciente da Legislação a respeito do Programa Passe Estudantil.

Carimbo da Instituição / Assinatura do Funcionário da Secretaria

**XEROX** Documentação:

( ) CPF ( ) Identidade ou Certidão de Nascimento ( ) Certidão de Casamento ou União Estável ( ) fotografia  
( ) Comprovante de Renda Familiar (**3 últimos**) ( ) Declaração de Matrícula referente ao período  
( ) Comprovante de endereço em nome do requerente ou beneficiário/contrato de aluguel/recibo de aluguel

Assinatura (**legível e por extenso**) do Responsável  
Congonhas, \_\_\_/\_\_\_/21

RESERVADO PARA PREENCHIMENTO PELA SEMED

Nº Inscrição: \_\_\_\_\_

Data de Recebimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Matrícula do(a) Servidor(a): \_\_\_\_\_

Assinatura -SEMED

( ) Requerimento devidamente preenchido  
( ) CPF ( ) Fotografia ( ) Identidade ou Certidão de Nasc  
( ) Certidão de Casamento ou União Estável  
( ) Declaração de Matrícula referente ao período  
( ) Comprovante de Renda Familiar (**3 últimos**)  
( ) Comprovante de endereço em nome do requerente



PREFEITURA DE CONGONHAS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO  
DIRETORIA DE APOIO TÉCNICO OPERACIONAL  
PROGRAMA PASSE ESTUDANTIL

FOTO

Nº Inscrição

Matricula do(a) servidor(a)

ANO 2021

Nº do Cartão

Nome:

Data Nascimento:

Idade:

Naturalidade:

Filiação

Mãe:

Pai:

Responsáveis com quem reside

( ) Pais ( ) Pai ( ) Mãe ( ) Irmã/Irmão ( ) Avô/Avó ( ) Tio/Tia ( ) outros

Endereço

Telefone

Escola que estudou em 2020:

SÉRIE/ANO

Escola que estudará em 2021:

TURNO

(M) (T) (N)

Trabalha: ( ) Sim ( ) Não

Empresa:

Nº de membros do grupo familiar

Nº de membros do grupo familiar que possuem renda (*Apresentar comprovante de renda de cada membro*)

Renda Familiar:

( ) 1 a 3 salários  
( ) acima de 3 salários

Beneficiário de Programas similares para concessão de auxílio de Transporte Escolar? ( ) Sim ( ) Não Qual?

Necessita de mais 02 créditos para se locomover até a escola? (sim) Justifique:

(Art. 10 da Lei 3386/14 e Art. 14. Decreto 6030/14)

#### TERMO DE COMPROMISSO

Responsabilizo-me pela exatidão das informações prestadas e estou ciente de que a omissão de dados e a constatação de qualquer irregularidade implicarão na suspensão/cancelamento do benefício. Comprometo-me também em comunicar à Secretaria Municipal de Educação de Congonhas, por escrito, desistência de benefício, seja por cancelamento de matrícula ou quaisquer outros motivos. Declaro que estou ciente da Legislação a respeito do Programa Passe Estudantil.

Carimbo da Instituição / Assinatura do Funcionário da Secretaria

**XEROX** Documentação:

( ) CPF ( ) Identidade ou Certidão de Nascimento ( ) Certidão de Casamento ou União Estável ( ) fotografia  
( ) Comprovante de Renda Familiar (**3 últimos**) ( ) Declaração de Matrícula referente ao período  
( ) Comprovante de endereço em nome do requerente ou beneficiário/contrato de aluguel/recibo de aluguel

Assinatura (**legível e por extenso**) do Responsável  
Congonhas, \_\_\_/\_\_\_/21

#### RESERVADO PARA PREENCHIMENTO PELA SEMED

Nº Inscrição: \_\_\_\_\_

Data de Recebimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Matrícula do(a) Servidor(a): \_\_\_\_\_

Assinatura -SEMED

( ) Requerimento devidamente preenchido  
( ) CPF ( ) Fotografia ( ) Identidade ou Certidão de Nasc  
( ) Certidão de Casamento ou União Estável  
( ) Declaração de Matrícula referente ao período  
( ) Comprovante de Renda Familiar (**3 últimos**)  
( ) Comprovante de endereço em nome do requerente



PREFEITURA DE CONGONHAS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO  
DIRETORIA DE APOIO TÉCNICO OPERACIONAL  
PROGRAMA PASSE ESTUDANTIL

FOTO

Nº Inscrição

Matricula do(a) servidor(a)

ANO 2021

Nº do Cartão

Nome:

Data Nascimento:

Idade:

Naturalidade:

Filiação

Mãe:

Pai:

Responsáveis com quem reside

( ) Pais ( ) Pai ( ) Mãe ( ) Irmã/Irmão ( ) Avô/Avó ( ) Tio/Tia ( ) outros

Endereço

Telefone

Escola que estudou em 2020:

SÉRIE/ANO

Escola que estudará em 2021:

TURNO

(M) (T) (N)

Trabalha: ( ) Sim ( ) Não

Empresa:

Nº de membros do grupo familiar

Nº de membros do grupo familiar que possuem renda (*Apresentar comprovante de renda de cada membro*)

Renda Familiar:

( ) 1 a 3 salários  
( ) acima de 3 salários

Beneficiário de Programas similares para concessão de auxílio de Transporte Escolar? ( ) Sim ( ) Não Qual?

Necessita de mais 02 créditos para se locomover até a escola? (sim) Justifique:

(Art. 10 da Lei 3386/14 e Art. 14. Decreto 6030/14)

#### TERMO DE COMPROMISSO

Responsabilizo-me pela exatidão das informações prestadas e estou ciente de que a omissão de dados e a constatação de qualquer irregularidade implicarão na suspensão/cancelamento do benefício. Comprometo-me também em comunicar à Secretaria Municipal de Educação de Congonhas, por escrito, desistência de benefício, seja por cancelamento de matrícula ou quaisquer outros motivos. Declaro que estou ciente da Legislação a respeito do Programa Passe Estudantil.

Carimbo da Instituição / Assinatura do Funcionário da Secretaria

**XEROX** Documentação:

( ) CPF ( ) Identidade ou Certidão de Nascimento ( ) Certidão de Casamento ou União Estável ( ) fotografia  
( ) Comprovante de Renda Familiar (**3 últimos**) ( ) Declaração de Matrícula referente ao período  
( ) Comprovante de endereço em nome do requerente ou beneficiário/contrato de aluguel/recibo de aluguel

Assinatura (**legível e por extenso**) do Responsável  
Congonhas, \_\_\_/\_\_\_/21

RESERVADO PARA PREENCHIMENTO PELA SEMED

Nº Inscrição: \_\_\_\_\_

Data de Recebimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Matrícula do(a) Servidor(a): \_\_\_\_\_

Assinatura -SEMED

( ) Requerimento devidamente preenchido  
( ) CPF ( ) Fotografia ( ) Identidade ou Certidão de Nasc  
( ) Certidão de Casamento ou União Estável  
( ) Declaração de Matrícula referente ao período  
( ) Comprovante de Renda Familiar (**3 últimos**)  
( ) Comprovante de endereço em nome do requerente



PREFEITURA DE CONGONHAS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO  
DIRETORIA DE APOIO TÉCNICO OPERACIONAL  
PROGRAMA PASSE ESTUDANTIL

FOTO

Nº Inscrição

Matricula do(a) servidor(a)

ANO 2021

Nº do Cartão

Nome:

Data Nascimento:

Idade:

Naturalidade:

Filiação

Mãe:

Pai:

Responsáveis com quem reside

( ) Pais ( ) Pai ( ) Mãe ( ) Irmã/Irmão ( ) Avô/Avó ( ) Tio/Tia ( ) outros

Endereço

Telefone

Escola que estudou em 2020:

SÉRIE/ANO

Escola que estudará em 2021:

TURNO

(M) (T) (N)

Trabalha: ( ) Sim ( ) Não

Empresa:

Nº de membros do grupo familiar

Nº de membros do grupo familiar que possuem renda (Apresentar comprovante de renda de cada membro)

Renda Familiar:

( ) 1 a 3 salários  
( ) acima de 3 salários

Beneficiário de Programas similares para concessão de auxílio de Transporte Escolar? ( ) Sim ( ) Não Qual?

Necessita de mais 02 créditos para se locomover até a escola? (sim) Justifique:

(Art. 10 da Lei 3386/14 e Art. 14. Decreto 6030/14)

TERMO DE COMPROMISSO

Responsabilizo-me pela exatidão das informações prestadas e estou ciente de que a omissão de dados e a constatação de qualquer irregularidade implicarão na suspensão/cancelamento do benefício. Comprometo-me também em comunicar à Secretaria Municipal de Educação de Congonhas, por escrito, desistência de benefício, seja por cancelamento de matrícula ou quaisquer outros motivos. Declaro que estou ciente da Legislação a respeito do Programa Passe Estudantil.

Carimbo da Instituição / Assinatura do Funcionário da Secretaria

XEROX Documentação:

( ) CPF ( ) Identidade ou Certidão de Nascimento ( ) Certidão de Casamento ou União Estável ( ) fotografia  
( ) Comprovante de Renda Familiar (3 últimos) ( ) Declaração de Matrícula referente ao período  
( ) Comprovante de endereço em nome do requerente ou beneficiário/contrato de aluguel/recibo de aluguel

Assinatura (legível e por extenso) do Responsável  
Congonhas, \_\_\_/\_\_\_/21

RESERVADO PARA PREENCHIMENTO PELA SEMED

Nº Inscrição: \_\_\_\_\_

Data de Recebimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Matricula do(a) Servidor(a): \_\_\_\_\_

Assinatura -SEMED

( ) Requerimento devidamente preenchido  
( ) CPF ( ) Fotografia ( ) Identidade ou Certidão de Nasc  
( ) Certidão de Casamento ou União Estável  
( ) Declaração de Matrícula referente ao período  
( ) Comprovante de Renda Familiar (3 últimos)  
( ) Comprovante de endereço em nome do requerente





PREFEITURA DE CONGONHAS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO  
DIRETORIA DE APOIO TÉCNICO OPERACIONAL  
PROGRAMA PASSE ESTUDANTIL

FOTO

Nº Inscrição

Matricula do(a) servidor(a)

ANO 2021

Nº do Cartão

Nome:

Data Nascimento:

Idade:

Naturalidade:

Filiação

Mãe:

Pai:

Responsáveis com quem reside

( ) Pais ( ) Pai ( ) Mãe ( ) Irmã/Irmão ( ) Avô/Avó ( ) Tio/Tia ( ) outros

Endereço

Telefone

Escola que estudou em 2020:

SÉRIE/ANO

Escola que estudará em 2021:

TURNO

(M) (T) (N)

Trabalha: ( ) Sim ( ) Não

Empresa:

Nº de membros do grupo familiar

Nº de membros do grupo familiar que possuem renda (Apresentar comprovante de renda de cada membro)

Renda Familiar:

( ) 1 a 3 salários  
( ) acima de 3 salários

Beneficiário de Programas similares para concessão de auxílio de Transporte Escolar? ( ) Sim ( ) Não Qual?

Necessita de mais 02 créditos para se locomover até a escola? (sim) Justifique:

(Art. 10 da Lei 3386/14 e Art. 14. Decreto 6030/14)

TERMO DE COMPROMISSO

Responsabilizo-me pela exatidão das informações prestadas e estou ciente de que a omissão de dados e a constatação de qualquer irregularidade implicarão na suspensão/cancelamento do benefício. Comprometo-me também em comunicar à Secretaria Municipal de Educação de Congonhas, por escrito, desistência de benefício, seja por cancelamento de matrícula ou quaisquer outros motivos. Declaro que estou ciente da Legislação a respeito do Programa Passe Estudantil.

Carimbo da Instituição / Assinatura do Funcionário da Secretaria

XEROX Documentação:

( ) CPF ( ) Identidade ou Certidão de Nascimento ( ) Certidão de Casamento ou União Estável ( ) fotografia  
( ) Comprovante de Renda Familiar (3 últimos) ( ) Declaração de Matrícula referente ao período  
( ) Comprovante de endereço em nome do requerente ou beneficiário/contrato de aluguel/recibo de aluguel

Assinatura (legível e por extenso) do Responsável  
Congonhas, \_\_\_/\_\_\_/21

RESERVADO PARA PREENCHIMENTO PELA SEMED

Nº Inscrição: \_\_\_\_\_

Data de Recebimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Matricula do(a) Servidor(a): \_\_\_\_\_

Assinatura -SEMED

( ) Requerimento devidamente preenchido  
( ) CPF ( ) Fotografia ( ) Identidade ou Certidão de Nasc  
( ) Certidão de Casamento ou União Estável  
( ) Declaração de Matrícula referente ao período  
( ) Comprovante de Renda Familiar (3 últimos)  
( ) Comprovante de endereço em nome do requerente



PREFEITURA DE CONGONHAS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO  
DIRETORIA DE APOIO TÉCNICO OPERACIONAL  
PROGRAMA PASSE ESTUDANTIL

FOTO

Nº Inscrição

Matricula do(a) servidor(a)

ANO 2021

Nº do Cartão

Nome:

Data Nascimento:

Idade:

Naturalidade:

Filiação

Mãe:

Pai:

Responsáveis com quem reside

( ) Pais ( ) Pai ( ) Mãe ( ) Irmã/Irmão ( ) Avô/Avó ( ) Tio/Tia ( ) outros

Endereço

Telefone

Escola que estudou em 2020:

SÉRIE/ANO

Escola que estudará em 2021:

TURNO

(M) (T) (N)

Trabalha: ( ) Sim ( ) Não

Empresa:

Nº de membros do grupo familiar

Nº de membros do grupo familiar que possuem renda (Apresentar comprovante de renda de cada membro)

Renda Familiar:

( ) 1 a 3 salários  
( ) acima de 3 salários

Beneficiário de Programas similares para concessão de auxílio de Transporte Escolar? ( ) Sim ( ) Não Qual?

Necessita de mais 02 créditos para se locomover até a escola? (sim) Justifique:

(Art. 10 da Lei 3386/14 e Art. 14. Decreto 6030/14)

TERMO DE COMPROMISSO

Responsabilizo-me pela exatidão das informações prestadas e estou ciente de que a omissão de dados e a constatação de qualquer irregularidade implicarão na suspensão/cancelamento do benefício. Comprometo-me também em comunicar à Secretaria Municipal de Educação de Congonhas, por escrito, desistência de benefício, seja por cancelamento de matrícula ou quaisquer outros motivos. Declaro que estou ciente da Legislação a respeito do Programa Passe Estudantil.

Carimbo da Instituição / Assinatura do Funcionário da Secretaria

XEROX Documentação:

( ) CPF ( ) Identidade ou Certidão de Nascimento ( ) Certidão de Casamento ou União Estável ( ) fotografia  
( ) Comprovante de Renda Familiar (3 últimos) ( ) Declaração de Matrícula referente ao período  
( ) Comprovante de endereço em nome do requerente ou beneficiário/contrato de aluguel/recibo de aluguel

Assinatura (legível e por extenso) do Responsável  
Congonhas, \_\_\_/21

RESERVADO PARA PREENCHIMENTO PELA SEMED

Nº Inscrição: \_\_\_\_\_

Data de Recebimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Matrícula do(a) Servidor(a): \_\_\_\_\_

Assinatura -SEMED

( ) Requerimento devidamente preenchido  
( ) CPF ( ) Fotografia ( ) Identidade ou Certidão de Nasc  
( ) Certidão de Casamento ou União Estável  
( ) Declaração de Matrícula referente ao período  
( ) Comprovante de Renda Familiar (3 últimos)  
( ) Comprovante de endereço em nome do requerente



PREFEITURA DE CONGONHAS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO  
DIRETORIA DE APOIO TÉCNICO OPERACIONAL  
PROGRAMA PASSE ESTUDANTIL

FOTO

Nº Inscrição

Matricula do(a) servidor(a)

ANO 2021

Nº do Cartão

Nome:

Data Nascimento:

Idade:

Naturalidade:

Filiação

Mãe:

Pai:

Responsáveis com quem reside

( ) Pais ( ) Pai ( ) Mãe ( ) Irmã/Irmão ( ) Avô/Avó ( ) Tio/Tia ( ) outros

Endereço

Telefone

Escola que estudou em 2020:

SÉRIE/ANO

Escola que estudará em 2021:

TURNO

(M) (T) (N)

Trabalha: ( ) Sim ( ) Não

Empresa:

Nº de membros do grupo familiar

Nº de membros do grupo familiar que possuem renda (Apresentar comprovante de renda de cada membro)

Renda Familiar:

( ) 1 a 3 salários  
( ) acima de 3 salários

Beneficiário de Programas similares para concessão de auxílio de Transporte Escolar? ( ) Sim ( ) Não Qual?

Necessita de mais 02 créditos para se locomover até a escola? (sim) Justifique:

(Art. 10 da Lei 3386/14 e Art. 14. Decreto 6030/14)

TERMO DE COMPROMISSO

Responsabilizo-me pela exatidão das informações prestadas e estou ciente de que a omissão de dados e a constatação de qualquer irregularidade implicarão na suspensão/cancelamento do benefício. Comprometo-me também em comunicar à Secretaria Municipal de Educação de Congonhas, por escrito, desistência de benefício, seja por cancelamento de matrícula ou quaisquer outros motivos. Declaro que estou ciente da Legislação a respeito do Programa Passe Estudantil.

Carimbo da Instituição / Assinatura do Funcionário da Secretaria

XEROX Documentação:

( ) CPF ( ) Identidade ou Certidão de Nascimento ( ) Certidão de Casamento ou União Estável ( ) fotografia  
( ) Comprovante de Renda Familiar (3 últimos) ( ) Declaração de Matrícula referente ao período  
( ) Comprovante de endereço em nome do requerente ou beneficiário/contrato de aluguel/recibo de aluguel

Assinatura (legível e por extenso) do Responsável  
Congonhas, \_\_\_/21

RESERVADO PARA PREENCHIMENTO PELA SEMED

Nº Inscrição: \_\_\_\_\_

Data de Recebimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Matrícula do(a) Servidor(a): \_\_\_\_\_

Assinatura -SEMED

( ) Requerimento devidamente preenchido  
( ) CPF ( ) Fotografia ( ) Identidade ou Certidão de Nasc  
( ) Certidão de Casamento ou União Estável  
( ) Declaração de Matrícula referente ao período  
( ) Comprovante de Renda Familiar (3 últimos)  
( ) Comprovante de endereço em nome do requerente



PREFEITURA DE CONGONHAS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO  
DIRETORIA DE APOIO TÉCNICO OPERACIONAL  
PROGRAMA PASSE ESTUDANTIL

FOTO

Nº Inscrição

Matricula do(a) servidor(a)

ANO 2021

Nº do Cartão

Nome:

Data Nascimento:

Idade:

Naturalidade:

Filiação

Mãe:

Pai:

Responsáveis com quem reside

( ) Pais ( ) Pai ( ) Mãe ( ) Irmã/Irmão ( ) Avô/Avó ( ) Tio/Tia ( ) outros

Endereço

Telefone

Escola que estudou em 2020:

SÉRIE/ANO

Escola que estudará em 2021:

TURNO

(M) (T) (N)

Trabalha: ( ) Sim ( ) Não

Empresa:

Nº de membros do grupo familiar

Nº de membros do grupo familiar que possuem renda (*Apresentar comprovante de renda de cada membro*)

Renda Familiar:

( ) 1 a 3 salários  
( ) acima de 3 salários

Beneficiário de Programas similares para concessão de auxílio de Transporte Escolar? ( ) Sim ( ) Não Qual?

Necessita de mais 02 créditos para se locomover até a escola? (sim) Justifique:

(Art. 10 da Lei 3386/14 e Art. 14. Decreto 6030/14)

#### TERMO DE COMPROMISSO

Responsabilizo-me pela exatidão das informações prestadas e estou ciente de que a omissão de dados e a constatação de qualquer irregularidade implicarão na suspensão/cancelamento do benefício. Comprometo-me também em comunicar à Secretaria Municipal de Educação de Congonhas, por escrito, desistência de benefício, seja por cancelamento de matrícula ou quaisquer outros motivos. Declaro que estou ciente da Legislação a respeito do Programa Passe Estudantil.

Carimbo da Instituição / Assinatura do Funcionário da Secretaria

**XEROX** Documentação:

( ) CPF ( ) Identidade ou Certidão de Nascimento ( ) Certidão de Casamento ou União Estável ( ) fotografia  
( ) Comprovante de Renda Familiar (**3 últimos**) ( ) Declaração de Matrícula referente ao período  
( ) Comprovante de endereço em nome do requerente ou beneficiário/contrato de aluguel/recibo de aluguel

Assinatura (**legível e por extenso**) do Responsável  
Congonhas, \_\_\_/\_\_\_/21

RESERVADO PARA PREENCHIMENTO PELA SEMED

Nº Inscrição: \_\_\_\_\_

Data de Recebimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Matrícula do(a) Servidor(a): \_\_\_\_\_

Assinatura -SEMED

( ) Requerimento devidamente preenchido  
( ) CPF ( ) Fotografia ( ) Identidade ou Certidão de Nasc  
( ) Certidão de Casamento ou União Estável  
( ) Declaração de Matrícula referente ao período  
( ) Comprovante de Renda Familiar (**3 últimos**)  
( ) Comprovante de endereço em nome do requerente



PREFEITURA DE CONGONHAS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO  
DIRETORIA DE APOIO TÉCNICO OPERACIONAL  
PROGRAMA PASSE ESTUDANTIL

FOTO

Nº Inscrição

Matricula do(a) servidor(a)

ANO 2021

Nº do Cartão

Nome:

Data Nascimento:

Idade:

Naturalidade:

Filiação

Mãe:

Pai:

Responsáveis com quem reside

( ) Pais ( ) Pai ( ) Mãe ( ) Irmã/Irmão ( ) Avô/Avó ( ) Tio/Tia ( ) outros

Endereço

Telefone

Escola que estudou em 2020:

SÉRIE/ANO

Escola que estudará em 2021:

TURNO

(M) (T) (N)

Trabalha: ( ) Sim ( ) Não

Empresa:

Nº de membros do grupo familiar

Nº de membros do grupo familiar que possuem renda (*Apresentar comprovante de renda de cada membro*)

Renda Familiar:

( ) 1 a 3 salários  
( ) acima de 3 salários

Beneficiário de Programas similares para concessão de auxílio de Transporte Escolar? ( ) Sim ( ) Não Qual?

Necessita de mais 02 créditos para se locomover até a escola? (sim) Justifique:

(Art. 10 da Lei 3386/14 e Art. 14. Decreto 6030/14)

#### TERMO DE COMPROMISSO

Responsabilizo-me pela exatidão das informações prestadas e estou ciente de que a omissão de dados e a constatação de qualquer irregularidade implicarão na suspensão/cancelamento do benefício. Comprometo-me também em comunicar à Secretaria Municipal de Educação de Congonhas, por escrito, desistência de benefício, seja por cancelamento de matrícula ou quaisquer outros motivos. Declaro que estou ciente da Legislação a respeito do Programa Passe Estudantil.

Carimbo da Instituição / Assinatura do Funcionário da Secretaria

**XEROX** Documentação:

( ) CPF ( ) Identidade ou Certidão de Nascimento ( ) Certidão de Casamento ou União Estável ( ) fotografia  
( ) Comprovante de Renda Familiar (**3 últimos**) ( ) Declaração de Matrícula referente ao período  
( ) Comprovante de endereço em nome do requerente ou beneficiário/contrato de aluguel/recibo de aluguel

Assinatura (**legível e por extenso**) do Responsável  
Congonhas, \_\_\_/\_\_\_/21

#### RESERVADO PARA PREENCHIMENTO PELA SEMED

Nº Inscrição: \_\_\_\_\_

Data de Recebimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Matrícula do(a) Servidor(a): \_\_\_\_\_

Assinatura -SEMED

( ) Requerimento devidamente preenchido  
( ) CPF ( ) Fotografia ( ) Identidade ou Certidão de Nasc  
( ) Certidão de Casamento ou União Estável  
( ) Declaração de Matrícula referente ao período  
( ) Comprovante de Renda Familiar (**3 últimos**)  
( ) Comprovante de endereço em nome do requerente



PREFEITURA DE CONGONHAS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO  
DIRETORIA DE APOIO TÉCNICO OPERACIONAL  
PROGRAMA PASSE ESTUDANTIL

FOTO

Nº Inscrição

Matricula do(a) servidor(a)

ANO 2021

Nº do Cartão

Nome:

Data Nascimento:

Idade:

Naturalidade:

Filiação

Mãe:

Pai:

Responsáveis com quem reside

( ) Pais ( ) Pai ( ) Mãe ( ) Irmã/Irmão ( ) Avô/Avó ( ) Tio/Tia ( ) outros

Endereço

Telefone

Escola que estudou em 2020:

SÉRIE/ANO

Escola que estudará em 2021:

TURNO

(M) (T) (N)

Trabalha: ( ) Sim ( ) Não

Empresa:

Nº de membros do grupo familiar

Nº de membros do grupo familiar que possuem renda (*Apresentar comprovante de renda de cada membro*)

Renda Familiar:

( ) 1 a 3 salários  
( ) acima de 3 salários

Beneficiário de Programas similares para concessão de auxílio de Transporte Escolar? ( ) Sim ( ) Não Qual?

Necessita de mais 02 créditos para se locomover até a escola? (sim) Justifique:

(Art. 10 da Lei 3386/14 e Art. 14. Decreto 6030/14)

#### TERMO DE COMPROMISSO

Responsabilizo-me pela exatidão das informações prestadas e estou ciente de que a omissão de dados e a constatação de qualquer irregularidade implicarão na suspensão/cancelamento do benefício. Comprometo-me também em comunicar à Secretaria Municipal de Educação de Congonhas, por escrito, desistência de benefício, seja por cancelamento de matrícula ou quaisquer outros motivos. Declaro que estou ciente da Legislação a respeito do Programa Passe Estudantil.

Carimbo da Instituição / Assinatura do Funcionário da Secretaria

**XEROX** Documentação:

( ) CPF ( ) Identidade ou Certidão de Nascimento ( ) Certidão de Casamento ou União Estável ( ) fotografia  
( ) Comprovante de Renda Familiar (**3 últimos**) ( ) Declaração de Matrícula referente ao período  
( ) Comprovante de endereço em nome do requerente ou beneficiário/contrato de aluguel/recibo de aluguel

Assinatura (**legível e por extenso**) do Responsável  
Congonhas, \_\_\_/\_\_\_/21

#### RESERVADO PARA PREENCHIMENTO PELA SEMED

Nº Inscrição: \_\_\_\_\_

Data de Recebimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Matrícula do(a) Servidor(a): \_\_\_\_\_

Assinatura -SEMED

( ) Requerimento devidamente preenchido  
( ) CPF ( ) Fotografia ( ) Identidade ou Certidão de Nasc  
( ) Certidão de Casamento ou União Estável  
( ) Declaração de Matrícula referente ao período  
( ) Comprovante de Renda Familiar (**3 últimos**)  
( ) Comprovante de endereço em nome do requerente



PREFEITURA DE CONGONHAS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO  
DIRETORIA DE APOIO TÉCNICO OPERACIONAL  
PROGRAMA PASSE ESTUDANTIL

FOTO

Nº Inscrição

Matricula do(a) servidor(a)

ANO 2021

Nº do Cartão

Nome:

Data Nascimento:

Idade:

Naturalidade:

Filiação

Mãe:

Pai:

Responsáveis com quem reside

( ) Pais ( ) Pai ( ) Mãe ( ) Irmã/Irmão ( ) Avô/Avó ( ) Tio/Tia ( ) outros

Endereço

Telefone

Escola que estudou em 2020:

SÉRIE/ANO

Escola que estudará em 2021:

TURNO

(M) (T) (N)

Trabalha: ( ) Sim ( ) Não

Empresa:

Nº de membros do grupo familiar

Nº de membros do grupo familiar que possuem renda (Apresentar comprovante de renda de cada membro)

Renda Familiar:

( ) 1 a 3 salários  
( ) acima de 3 salários

Beneficiário de Programas similares para concessão de auxílio de Transporte Escolar? ( ) Sim ( ) Não Qual?

Necessita de mais 02 créditos para se locomover até a escola? (sim) Justifique:

(Art. 10 da Lei 3386/14 e Art. 14. Decreto 6030/14)

TERMO DE COMPROMISSO

Responsabilizo-me pela exatidão das informações prestadas e estou ciente de que a omissão de dados e a constatação de qualquer irregularidade implicarão na suspensão/cancelamento do benefício. Comprometo-me também em comunicar à Secretaria Municipal de Educação de Congonhas, por escrito, desistência de benefício, seja por cancelamento de matrícula ou quaisquer outros motivos. Declaro que estou ciente da Legislação a respeito do Programa Passe Estudantil.

Carimbo da Instituição / Assinatura do Funcionário da Secretaria

XEROX Documentação:

( ) CPF ( ) Identidade ou Certidão de Nascimento ( ) Certidão de Casamento ou União Estável ( ) fotografia  
( ) Comprovante de Renda Familiar (3 últimos) ( ) Declaração de Matrícula referente ao período  
( ) Comprovante de endereço em nome do requerente ou beneficiário/contrato de aluguel/recibo de aluguel

Assinatura (legível e por extenso) do Responsável  
Congonhas, \_\_\_/\_\_\_/21

RESERVADO PARA PREENCHIMENTO PELA SEMED

Nº Inscrição: \_\_\_\_\_

Data de Recebimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Matrícula do(a) Servidor(a): \_\_\_\_\_

Assinatura -SEMED

( ) Requerimento devidamente preenchido  
( ) CPF ( ) Fotografia ( ) Identidade ou Certidão de Nasc  
( ) Certidão de Casamento ou União Estável  
( ) Declaração de Matrícula referente ao período  
( ) Comprovante de Renda Familiar (3 últimos)  
( ) Comprovante de endereço em nome do requerente