

Transporte Universitário



Nome: _____

Nome Social: _____

Endereço: _____ Nº: _____

Bairro: _____

Filiação: Pai: _____

Mãe: _____

RG: _____ Nasc: ____ / ____ / ____ CPF: _____

Celular: (Whatsapp) _____ (Celular 2) _____

E-mail: _____

Instituição de Ensino: _____

Endereço da Instituição: () Cabo Frio () Niterói () Maricá () Saquarema

() Medicina Teresópolis () Medicina Vassouras

Ano e Semestre de Início da Graduação: _____ Término: _____

Curso: _____ Período: _____

Turno: _____ Horário: _____

Condição de Ensino: () Prouni () CoUni () Sisu () Fies () Particular

Nº ou rota do Ônibus: _____

Exerce Cargo Remunerado? ☐ Sim ☐ Não Renda Familiar: R\$ _____

De acordo com sua grade disciplinar e sua realidade pessoal (moradia temporária em outro município). Quais dias utilizará o Transporte Universitário?

☐ Segunda-Feira

☐ Terça-Feira

☐ Quarta-Feira

☐ Quinta-Feira

☐ Sexta-Feira

No último período, utilizou o transporte universitário? ☐ Sim ☐ Não

Saquarema, _____ de _____ de 2025.

Assinatura do Aluno

As informações devem ser verídicas sob as penas da LEI.