



GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
COGMEP: Comissão Gestora da Meia Passagem Intermunicipal do Pará
REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO PARA MEIA PASSAGEM INTERMUNICIPAL
CADASTRO DO ALUNO

Este requerimento deve ser totalmente preenchido com letras de forma:

DADOS DO ALUNO				
Nome completo:		CPF:	RG:	D. Nascimento: ____/____/____
Nome da Mãe:				
Endereço:			Nº:	
Bairro:		Cidade:	Estado:	CEP:
Telefone:	Celular:	E-mail:		
Nível de Ensino: () Médio () Técnico () Graduação () Pós-Graduação () Mestrado () Doutorado				
Série/Semestre:	Turno (M / I / T / N):	Curso:		
DADOS DA INSTITUIÇÃO				
Nome da Instituição de Ensino:				
Endereço:				
Bairro:		Cidade:	Estado:	CEP:
Nome Responsável Financeiro (somente se instituição privada):			CPF Responsável Financeiro:	
PERCURSO (SAÍDA/DESTINO) NO TRAJETO PARA A INSTITUIÇÃO DE ENSINO				
Município de Origem:		Município de Destino:		
Tipo de Transporte () Rodoviário () Hidroviário	Nº de Passagens Usadas Diariamente:		Nº de Passagens Usadas Semanalmente:	

DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS:

Aos alunos de rede pública:

- Duas fotos 3x4, com fundo branco (anexar junto ao requerimento);
- Cópia da Carteira de Identidade (RG);
- Cópia do Cadastro de Pessoa Física (CPF);
- Comprovante de Residência(atualizado) em nome do aluno, pais ou responsáveis (conta de água, luz, telefone ou internet), se o Comprovante de Residência estiver em nome de terceiros, anexar o contrato de locação ou declaração de moradia, reconhecida em Cartório no nome do proprietário ou responsável pelo imóvel;
- Declaração ou atestado de matrícula.

Aos alunos de rede privada:

- Cópia da Comprovação de Renda do aluno ou responsável financeiro; até 2 salários mínimos. Contra cheque, extrato bancário (caso recebimento do salário seja em conta), recibo de entrega da declaração de imposto de renda (IRPF) do aluno ou de seu responsável financeiro.

Aos alunos participantes do Programa Universidade para Todos (ProUni), Fundo de Financiamento Estudantil (Fies) e Cadastro Único (CadÚnico):

- Estes são isentos de comprovação de renda, mas precisam comprovar condição de beneficiários.

Data: ____/____/____.