

#### COMANDO DA AERONÁUTICA DIRETORIA DE ENSINO COLÉGIO BRIGADEIRO NEWTON BRAGA

#### CONDIÇÕES INDISPENSÁVEIS À MATRÍCULA:

Os Formulários abaixo necessários para matrícula, encontram-se disponíveis no site: www2.fab.mil.br/cbnb/:

- a- Ficha de Matrícula Nova:
- b- Ficha de Dados do Responsável Financeiro;
- c- Ficha de Saúde:
- d- Termo de Autorização para Uso da Imagem;
- e- Termo de Compromisso para a Entrega do Histórico;
- f- Termo de Compromisso para as Aulas Remotas;
- g- Ficha de Autorização de Desconto em Folha (responsáveis militares da FAB);
- h- Termo de Compromisso de Pagamento;

#### Além dos formulários acima relacionados, o responsável deverá apresentar no ato da matrícula seguintes itens;

- 1 Cópia do RG e CPF dos pais;
- 2 Cópia do RG e CPF do responsável financeiro;
- 3 Cópia do Boletim de movimentação do Responsável, quando for o caso;
- 4 Declaração original de conclusão da série anterior e, após 45 dias, o Histórico Escolar;
- 5 04 (quatro) fotos (3x4) recentes do candidato, com fundo branco trajando camisa branca;
- 6 Cópia da Certidão de Nascimento;
- g Cópia da Carteira de Identidade do aluno, com menos de 10 anos da data de expedição, para candidato(a) **com idade igual ou maior a 16 anos** (Lei nº 7088/83);
- 7 Cópia do Termo de Tutela ou de Guarda e Responsabilidade, quando for o caso;
- 8 <u>Caso o(a) candidato(a) seja dependente do militar</u> (com exceção dos pais): apresentar Cópia de Boletim ou do Portal Militar onde consta o(a) candidato(a) como dependente, ou se Padrasto/Madrasta, apresentar Cópia da Certidão de Casamento ou União Estável, <u>preferencialmente</u>. Somente na ausência destes, apresentar Comprovante de residência atualizado dos cônjuges morando no mesmo imóvel;
- 9 Cópia do Comprovante de Residência (atualizado);
- 10 Comprovante de Grupo sanguíneo e Fator Rh do candidato;
- 11 Comprovante de Inscrição assinado pelo responsável legal do candidato (para candidatos concursados);
- 12 Original e Fotocópia, dos seguintes documentos médicos:
  - I. Exame Oftalmológico, com Laudo Médico, de Acuidade visual;
  - II. Exame Otorrinolaringológico, com Laudo Médico, de Acuidade Auditiva;
  - III. Laudo e/ ou Atestado médico liberando para Atividades Físicas; e
  - IV. Em caso de Doenças em Tratamento Crônico, entregar Laudo Médico.
- 13 Nos casos de Pessoa com Deficiência (PCD) : apresentação de Laudos e/ ou Atestados médicos da respectiva Necessidade Especial, expedidos e assinados no ano do processamento da inscrição, com Original e Cópia Autenticada em Cartório.
- 14 Efetuar o pagamento de R\$ 30,00 (trinta reais), em dinheiro no ato da matrícula, para confecção da Caderneta Escolar; e
- 15 Efetuar a contribuição no valor de R\$ 30,00 (NÃO OBRIGATÓRIA) ao "Projeto Escolinha de Esportes" (Futsal, Basquete, Vôlei e Handbal), a fim de darmos continuidade a este projeto ministrado pelos nossos professores de Educação Física, como forma de complemento às aulas regulares e de preparação para disputa de competições intercolegiais.

**OBS:** A mensalidade escolar para o ano letivo de 2023 será realizada por meio de desconto em folha (apenas militares do **COMAER**) ou Guia de Recolhimento da União (GRU). O responsável poderá solicitar ao SAFI o envio da GRU, através do e-mail: <a href="mailto:cbnb.safi@gmail.com">cbnb.safi@gmail.com</a>.

Os valores cobrados de mensalidade escolar constam na Portaria DIRENS nº 288/DEA de 07 DE NOVEMBRO de 2022.

Ciente em, ZZ de NOVEMBlo de ZOZZ

Assinatura do Responsável



#### COMANDO DA AERONÁUTICA DIRETORIA DE ENSINO COLÉGIO BRIGADEIRO NEWTON BRAGA

## SECRETARIA ESCOLAR DE ENSINO

Rio de Janeiro,	de	de	ANC	):	_ENSINO:	( ) FUNDAMENTAL <u>.</u> ( ) MÉDIO
Ao Sr. Diretor Ge	eral do CBNB					
Assunto: <b>MATRÍ</b>	CULA NOVA					
Sr. (a)						<u>.</u>
Responsável pelo ( requer a V.S <sup>a</sup> . mat informações prestad	(a) aluno (a) rícula do (a) mesn das.	no (a), para o an	o de 2023, no an	o especi	ficado acim	na e se responsabilizando p
1 – SOBRE O (A) A (FAVOR PREEN		S OS CAMPOS	SEM ABREVIA	ĄÇÕES	E COM L	ETRAS DE FORMA)
PAI:						
DATA DE NASCIM	TENTO	NATU	RALIDADE:			
						XPEDIÇÃO:
TÍTULO DE ELEIT	OR DO ALUNO_		ZONA:		SEÇÃO:	
EX-ALUNO (A)? (	) SIM ( ) NÃO, N	NASÉRIE	DO ENSINO			, NO ANO DE
N° DO SARAM, EM	A CASO DE DEPEN	NDENTE DE MIL	ITAR:			
POSSUI IRMÃ(O) NO NOME					<u>:</u>	
2 – <b>SOBRE O RES</b> NOME:				DE PAF	RENTESCO	:
TEL P/ CONTATO:	RES:	CE	L:			
PROFISSÃO:		ENDEREÇO				
TRABALHO:					TEL: :	
	INADO AOS RE					
UNIDADE OU LO	ÇÃO OU CATEGOR CAL DE TRABALH	[O:			TELEFONE:	UERRA:
						de 20

Assinatura do responsável legal



# TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA USO DA IMAGEM

Eu,	, responsável
pelo (a) aluno (a)	, autorizo a Direção
do CBNB a utilizar a imagem do aluno acima para divulgação d	o trabalho educacional desenvolvido no colégio,
podendo reproduzi-la em jornais, revistas, agendas, folders e we	ebsites do Colégio e em qualquer outro meio de
comunicação social. A presente autorização se faz pelo tempo em o	que o aluno estiver matriculado, podendo a escola
usar o nome e a imagem desde que não prejudique a criança em se	eu desenvolvimento.
Rio de Janeiro,,de 20	
	Assinatura do responsável



# TERMO DE COMPROMISSO PARA A ENTREGA DO HISTÓRICO

Comprometo-me	entregar a esta se	ecretaria no prazo de 45 dias	s úteis o Histórico Escola	r do aluno
Rio de Janeiro,	de	20		
			Assinat	ura do Responsável



# TERMO DE COMPROMISSO PARA AS AULAS REMOTAS

Eu,	
pelo (a) aluno (a)	, matriculado (a)
no, declaro estar ciente que o	CBNB pode fazer uso de meios de Informática e da
Internet para avaliação de transmissão de conteúdo pro	ogramático, o qual pode ser ministrado, sincro ou
assincronamente, como fonte de consulta e material de apoio	extra classe.
Rio de Janeiro,dede 20	
	Assinatura do responsável



#### COMANDO DA AERONÁUTICA DIRETORIA DE ENSINO DA AERONÁUTICA COLÉGIO BRIGADEIRO NEWTON BRAGA ENFERMARIA



## **FICHA DE SAÚDE**

Nome do(a) Aluno(a):		Data	de Nasc.:
Nome Social:	Turma:	Tipo Sanguíneo:	Fator Rh:
Nome do Pai:			
Nome da Mãe:			
Contato de emergência:	E-ma	ail:	
Se o responsável for MILITAR, informar o SAR.	AM:		
● Caderneta de Vacinação em dia?* ( )NÃO	( ) SIM *(entregar cópia da ca	nderneta)	
• Vacinação contra COVID-19: ( ) esquema cor	npleto ( ) esquema incompleto	o ( ) não vacinado	
● Possui Doença Crônica? ( ) NÃO ( ) SIM*:	◯ hipertensão ◯ cardiopatia	○ diabetes ○ bronquit	e/asma 🔵 rinite alérgica
	◯ epilepsia   ◯ outra:		*(entregar laudo médico)
• Possui Restrição para Atividades Físicas? ( ) N.	ÃO ( ) SIM* *(entregar la	udo médico)	
• Possui Necessidade Educacional Especial? ( )	NÃO ( ) SIM* Qual?:		*(entregar laudo)
• Possui alergia a algum produto químico e/ou a	alimento? ( ) NÃO ( ) SIM: Q	ual?:	
• Possui alergia a algum medicamento? ( ) NÃO	( ) SIM: Qual?:		
<ul> <li><u>Autoriza</u> administrar medicação ao(à) aluno(a)</li> <li>OBSERVAÇÃO: o responsável deverá fornece</li> </ul>			dica quando for necessário.
<ul> <li>Autoriza o colégio encaminhar o(a) aluno(a), en OBSERVAÇÃO: o encaminhamento à emergicontactado para buscá-lo(a).</li> </ul>	()NÃO ()SIM	-	
Eu	, poi	rtador(a) do CPF:	
Documento de Identidade:	, órgão exp.:	, declaro serem	verdadeiras as informações
acima prestada e comprometo-me a atualizar to	das as informações, inclusive o co	ntato telefônico e e-mail,	sempre que necessário.
	Rio de Janeiro,	de	de
	Assinatura do responsável		



# COMANDO DA AERONÁUTICA DIRETORIA DE ENSINO COLÉGIO BRIGADEIRO NEWTON BRAGA SEÇÃO DE APOIO FINANCEIRO

# FICHA DE DADOS DO RESPONSÁVEL FINANCEIRO

(*) Nome do Aluno:							
(*) Data Nascimento do Aluno:				(*) Código do Aluno:			
(*) Nome da Mãe:				(*) Tel. Celular: ( )			
(*) E-mail da Mãe/Pai:							
(*) Nome do Pai			(*) Tel. Celular: ( )				
(responsável pelo	Re o pagamento da contribuição	sponsável por GRU ou p			ara militar da FAB)		
(*) Nome Completo:		, post of the p		p			
(*) Data Nascimento: (*) N° Identidade:			(*) Org.	emissor:	(*) CPF:		
(*) Grau de parentesco:	(*) Grau de parentesco:						
( ) pai ( ) mãe ( ) padras	sto ( ) madrasta ( ) avô	(ó) ( ) tio(a)	( ) padrinho	o ( ) madrinha ( )	outros:		
(*) Estado civil:	Tel. Residencial:		(*) Tel. Celula	nr:	Tel. trabalho:		
	( )		( )		( )		
(*) e-mail:			I				
(*) Endereço Residencial:				Complemento:			
(*) Bairro:		(*) CEP:		(*) É <u>Miliar da FAB</u> ou <u>Servidor Civil da FAB</u> ?			
(*)(Preencher somente por <u>Militar</u> ) I	Pertence a que Força?			. ,			
( ) FAB ( ) EB ( ) MB (	) CBMERJ ( ) PM	( ) (outros)		(*)(Preencher somen	te por <u>Militar</u> ) Qual o pst ou grad.?		
(*)(Preencher somente por <u>Militar</u> ) (	Quanto a dependência do alur			( ) Oficial	( ) SO/ST/SGT ( ) CB		
( ) Não é dependente direto do mi	litar. ( ) É dependen	te direto do m	ilitar.				
(*)(Preencher somente por <u>Servidor</u>	Civil da FAB)			(*)( Preencher somente se for <u>Militar ou Servidor Civil da FAB</u> )			
( ) Assemelhados à Oficiais ( ) A		( ) Asseme	lhados à CB	OM que é lotado(a):			
Nº do SARAM / SIAPE (*)(Militar da F	AB / Servidor Civil da FAB):	`		ente por <u>Militar da FAB</u> )			
		Desconto	em folha (Some	ente <u>militares da FAB</u> )	Guia de Recolhimento da União (GRU)		
dos Órgãos de controle; b) Anexar <u>cópia da io</u> c) O valor referente isto é, filho(a) ou menor tutela enquadrado nestes parâmetros,	lentidade funcional do ao dependente de milit ado, ambos publicado o valor da contribuiçã	responsável ar (FAB e o em docume o mensal a s	financeiro p outras Força nto oficial o	militar ou servidor as) é aplicado some da respectiva Forç	ente no caso de dependente direto ça. Caso o dependente não esteja		
Rio de Janeiro, de	20						
Assinatura do re	sponsável legal			Assinatura do re	esponsável financeiro		



## COMANDO DA AERONÁUTICA DIRETORIA DE ENSINO COLÉGIO BRIGADEIRO NEWTON BRAGA

# TERMO DE COMPROMISSO DE PAGAMENTO

Eu,		(nome
completo do responsável financeiro),		(estado civil), portador(a) do
documento de identidade nº	, órgão	expedidor e
inscrito (a) no CPF/MF sob o nº		, residente e domiciliado
à		,
bairro:	, cidade:	, CEP:,
telefones:	(celular) e	(fixo),
e-mail:		,
ocupação profissional:		,
DECLARO, na condição de	(pai, mãe,	padrasto, etc.) e responsável
financeiro de		(nome do aluno),
matriculado noº ano (para o ano e	de 2023) do Ensino	(Fundamental
ou Médio) do Colégio Brigadeiro New	rton Braga - CBNB que	estou ciente da mensalidade
no valor de R\$(		),
(citar o valor por extenso) a qual é <u>(</u>	devida e necessária a	ao custeio do ensino dessa
<b>instituição escolar</b> . Que essa mensa	lidade deverá ser paga	até o <u>dia 15 (quinze) de cada</u>
<b>mês</b> , por meio de	(G	Guia de Recolhimento da União
– GRU <b>ou</b> consignação em folha, q	uando cabível). Que a	comprovação do pagamento
deverá ser feita com a apresentação	o da respectiva GRU d	om a pertinente autenticação
bancária ou com o comprovante de pa	agamento. Que ao final	do ano letivo de 2023, deverei
comprovar perante a Divisão Adminis	trativa (Seção de Apoid	o Financeiro-SAFI) do Colégio
Brigadeiro Newton Braga o pagame	nto de todas as contri	buições mensais. <b>Que estou</b>
ciente de forma clara e inequívoca	que o não pagament	o de qualquer das parcelas
caracteriza débito que é <u>condição i</u>	<u>mpeditiva para a reno</u>	vação de matrícula do aluno
<u>no ano letivo subsequente,</u> ou seja	a, <u>2024</u> . Que estou plei	namente ciente que eventuais
débitos, referentes a quaisquer anos	s, não serão parcelado	os e que não tenho direito a
parcelamento algum. Que toda e qu	alquer prioridade de re	novação de matrícula para o
próximo ano letivo será perdida caso	a mensalidade mensal	deixe de ser paga por 3 (três)
meses consecutivos ou por 5 (cinco)	meses alternados dura	nte o ano letivo de 2023. Que

	Rio de Janeiro,	de	de
			RG:
	Assinatura do responsável financeiro		CPF:
	Assinatura da 1ª testemunha		Assinatura da 2ª testemunha
Nome:	1	Nome:	
RG:		RG: _	_
CPF: _		CPF: _	

Assinatura do responsável representante do CBNB

L Dudos I Cosomo (C	campos obrigatórios)					
(*) Nome:				(*) CPF:		
(*) Data do Nascimento:	(*) Estado Civil:	*) Doc. Identidade – UF:		(*) Data	(*) Data Emissão:	
(*) Logradouro (Completo):			(*) CEP:		(*) Bairro:	
II– Dados Funcionai	s (campos obrigatórios)					
(*) Matrícula (SARAM):	(*) Posto/Grad.:	(*) Data de Praça:	aça: (*) Unidade Pagadora:			
III– Características	 de Operação ( <i>Preenchimento</i>	o pelo CBNB)				
Consignatária COLÉGIO BRIGA	ADEIRO NEWTON BRA	GA	Responsáve	1	Ranking	
Natureza da Operação 9 - COLÉGIO	Data de Operação	CET Cadastrada a.m.	CET Mensa	CET Mensal Real CET Anual Rea a.m a.a		
Código Desconto: L31	Valor da Prestação ( ) Não dependente	Período da Prestação: Vigência da Matrícula				
ampo obrigatório						