

CADASTRO DE BENEFICIÁRIO

DADOS DO BENEFICIÁRIO

CPF do Titular*	Nome Completo*		
Data de nascimento*	Naturalidade*	Apelido	
Tipo: () Família () Criança () Idoso () Gestante		Etnia/Raça: () Amarela () Branca () Indígena () Negra () Parda	

DOCUMENTOS DO RESPONSÁVEL

CPF do Titular*	Nome Completo*		
Data de nascimento*	Naturalidade*	Apelido	
RG*	Órgão Emissor*	Data da Emissão*	
Nome da Mãe*			
Nome do Pai*			
Endereço*			Número*
Bairro*	Complemento		CEP*
Zona* () Rural () Urbana	Distrito*	Município*	
Localidade*		Fone*	
Sexo* () Feminino () Masculino		Estado Civil* () Solteiro () Casado () Separado () Divorciado () Viúvo () União Estável	
Grau de Instrução* () Analfabeto () Alfabetizado () 1º Grau Completo () 1º Grau Incompleto () 2º Grau Completo () 2º Grau Incompleto () Nível Superior () Nível Superior Incompleto () Doutorado () Mestrado			
NIS do Responsável*			Valor do Bolsa Família (R\$)*
Beneficiário do Programa Mais Infância* () SIM () NÃO			

DADOS DA FAMÍLIA - MORADORES DO DOMICÍLIO

1 - Nome*		Nascimento*	Identificação*: () Mãe () Pai () Irmão (a) () Filho (a) () Avó (a) () Tio (a)
CPF	NIS		Escolaridade
Possui Deficiência () SIM () NÃO	Tipo de Deficiência		Sexo* () Feminino () Masculino
2 - Nome*		Nascimento*	Identificação*: () Mãe () Pai () Irmão (a) () Filho (a) () Avó (a) () Tio (a)
CPF	NIS		Escolaridade
Possui Deficiência () SIM () NÃO	Tipo de Deficiência		Sexo* () Feminino () Masculino
3 - Nome*		Nascimento*	Identificação*: () Mãe () Pai () Irmão (a) () Filho (a) () Avó (a) () Tio (a)
CPF	NIS		Escolaridade
Possui Deficiência () SIM () NÃO	Tipo de Deficiência		Sexo* () Feminino () Masculino
4 - Nome*		Nascimento*	Identificação*: () Mãe () Pai () Irmão (a) () Filho (a) () Avó (a) () Tio (a)
CPF	NIS		Escolaridade
Possui Deficiência () SIM () NÃO	Tipo de Deficiência		Sexo* () Feminino () Masculino
5 - Nome*		Nascimento*	Identificação*: () Mãe () Pai () Irmão (a) () Filho (a) () Avó (a) () Tio (a)
CPF	NIS		Escolaridade

Possui Deficiência () SIM () NÃO	Tipo de Deficiência		Sexo* () Feminino () Masculino
6- Nome*		Nascimento*	Identificação*: () Mãe () Pai () Irmão (a) () Filho (a) () Avó (a) () Tio (a)
CPF	NIS		Escolaridade
Possui Deficiência () SIM () NÃO	Tipo de Deficiência		Sexo* () Feminino () Masculino
7- Nome*		Nascimento*	Identificação*: () Mãe () Pai () Irmão (a) () Filho (a) () Avó (a) () Tio (a)
CPF	NIS		Escolaridade
Possui Deficiência () SIM () NÃO	Tipo de Deficiência		Sexo* () Feminino () Masculino
8- Nome*		Nascimento*	Identificação*: () Mãe () Pai () Irmão (a) () Filho (a) () Avó (a) () Tio (a)
CPF	NIS		Escolaridade
Possui Deficiência () SIM () NÃO	Tipo de Deficiência		Sexo* () Feminino () Masculino
9- Nome*		Nascimento*	Identificação*: () Mãe () Pai () Irmão (a) () Filho (a) () Avó (a) () Tio (a)
CPF	NIS		Escolaridade
Possui Deficiência () SIM () NÃO	Tipo de Deficiência		Sexo* () Feminino () Masculino
10- Nome*		Nascimento*	Identificação*: () Mãe () Pai () Irmão (a) () Filho (a) () Avó (a) () Tio (a)
CPF	NIS		Escolaridade
Possui Deficiência () SIM () NÃO	Tipo de Deficiência		Sexo* () Feminino () Masculino

Identificar o dependente portador da deficiência N° ____ / N° ____ / N° ____	Qual o tipo de Deficiência que (nome) tem? () Cegueira () Baixa visão () Surdez severa/profunda () Surdez Leve/Moderada () Deficiência física () Síndrome de Down () Deficiência Mental ou Intelectual () Transtorno / Doença Mental.
---	---

ENTIDADE VINCULADA

Nome da Entidade	Produto	Especificação
------------------	---------	---------------

ENTREVISTADOR

Nome	
CPF	Cargo
Secretaria Vinculada	

Assinatura do Entrevistador

Data do Cadastro

ATENÇÃO!

- **PREENCHER COM LETRA DE FORMA**

L	E	T	R	A	F	O	R	M	A
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

- (*) SÃO DADOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO
- NO CASO DE DEPENDENTE MENOR DE 18 ANOS PREENCHER CAMPO OBRIGATÓRIO DA CERTIDÃO DE NASCIMENTO.