

DADOS PESSOAIS DO RESPONSÁVEL	
CPF*	Nome Completo*
DADOS PESSOAIS DA CRIANÇA	
CPF*	NIS*
Nome Completo*	
DADOS SOCIOECONÔMICOS	
Renda Mensal Familiar:*	
Está Matriculado na Escola?* () SIM () NÃO Escolaridade: () Creche () Pré-Escola	
Participa de Alguma Atividade extracurricular? () Reforço Escolar () Atividade Cultural () Atividade Esportiva Qual:	
Outras Atividades?	
Acesso a outras políticas (Programas Sociais) nesse período? () Vale-Gás () Mais Infância Ceará () Alimenta Brasil () Auxílio Cesta Básica () Auxílio Brasil	
Outros Programas?	
DADOS PARA AVALIAÇÃO NUTRICIONAL	
1 - Peso*	Altura*
Doenças Crônicas* () Obesidade () Desnutrição () Diabetes () Anemias () Doenças Respiratórias () Doenças Cardiovasculares	
Outras Doenças: Deficiências Físicas ou Mentais?	

ENTIDADE VINCULADA		
Nome da Entidade*	Produto	Especificação

ENTREVISTADOR	
Nome Completo	
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.