



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
Secretaria do Desenvolvimento Agrário
ACOMPANHAMENTO DE BENEFICIÁRIO
Gestantes



DADOS PESSOAIS		
CPF*	Nome Completo*	
Data de nascimento*	Naturalidade*	
DADOS SOCIOECONÔMICOS		
Renda Mensal:		
Grau de Instrução* () Analfabeto () Alfabetizado () 1º Grau Completo () 1º Grau Incompleto () 2º Grau Completo () 2º Grau Incompleto () Nível Superior () Nível Superior Incompleto () Doutorado () Mestrado		
Estado Civil* () Solteiro () Casado () Separado () Divorciado () Viúvo () União Estável		
NIS do Responsável*	Valor do Bolsa Família (R\$)*	
Acesso a outras políticas (Programas Sociais) nesse período? () Vale-Gás () Mais Infância () Alimenta Brasil () Auxílio Cesta Básica () Auxílio Brasil		
Outros Programas?		
DADOS PARA AVALIAÇÃO NUTRICIONAL		
1 - Peso*	Altura*	Semana de Gestação*
Doenças Crônicas* () Obesidade () Hipertensão () Diabetes () Colesterol Alto () Triglicerídeos () Doenças Cardiovasculares () Doenças Respiratórias		
Outras Doenças:		

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.