



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
Secretaria do Desenvolvimento Agrário
CADASTRO DE BENEFICIÁRIO



DADOS DO RESPONSÁVEL					
CPF do Titular*		Nome Completo*			
Data de nascimento*		Naturalidade*		Apelido	
DOCUMENTOS DO RESPONSÁVEL					
RG*		Órgão Emissor*		Data da Emissão*	Nº Carteira de Trabalho
Nº de série da carteira	Data de Expedição	Nº do Título de Eleitor	Nº da Zona	Nº da Seção	Nº da Certidão*
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*		Nº do Cartão do Bolsa Família *		Valor do Bolsa Família (R\$)*	
Beneficiário do Programa Mais Infância* () SIM () NÃO					
DADOS DA FAMÍLIA - MORADORES DO DOMICÍLIO					
1 - Nome*		Nascimento*		Nº Da Certidão	
CPF		NIS		Escolaridade	
Possui Deficiência () SIM () NÃO		Tipo de Deficiência		Sexo* () Feminino () Masculino	
2 - Nome*		Nascimento*		Nº Da Certidão	
CPF		NIS		Escolaridade	
Possui Deficiência () SIM () NÃO		Tipo de Deficiência		Sexo* () Feminino () Masculino	
3 - Nome*		Nascimento*		Nº Da Certidão	
CPF		NIS		Escolaridade	
Possui Deficiência () SIM () NÃO		Tipo de Deficiência		Sexo* () Feminino () Masculino	
4 - Nome*		Nascimento*		Nº Da Certidão	
CPF		NIS		Escolaridade	
Possui Deficiência () SIM () NÃO		Tipo de Deficiência		Sexo* () Feminino () Masculino	
5 - Nome*		Nascimento*		Nº Da Certidão	
CPF		NIS		Escolaridade	
Possui Deficiência () SIM () NÃO		Tipo de Deficiência		Sexo* () Feminino () Masculino	



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
Secretaria do Desenvolvimento Agrário
CADASTRO DE BENEFICIÁRIO



6- Nome*		Nascimento*	Nº Da Certidão
CPF	NIS		Escolaridade
Possui Deficiência () SIM () NÃO	Tipo de Deficiência		Sexo* () Feminino () Masculino
7- Nome*		Nascimento*	Nº Da Certidão
CPF	NIS		Escolaridade
Possui Deficiência () SIM () NÃO	Tipo de Deficiência		Sexo* () Feminino () Masculino
8- Nome*		Nascimento*	Nº Da Certidão
CPF	NIS		Escolaridade
Possui Deficiência () SIM () NÃO	Tipo de Deficiência		Sexo* () Feminino () Masculino
9- Nome*		Nascimento*	Nº Da Certidão
CPF	NIS		Escolaridade
Possui Deficiência () SIM () NÃO	Tipo de Deficiência		Sexo* () Feminino () Masculino
10- Nome*		Nascimento*	Nº Da Certidão
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!

- **PRENCHER 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.