



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



DADOS DO RESPONSÁVEL						
CPF do Titular*		Nome Completo*				
Data do Nascimento*		Naturalidade*		Apeleido		
DOCUMENTOS DO RESPONSÁVEL						
RG*	Órgão Emissor*		Data da Emissão*		NºCarteira de Trabalho	
Nº de Série da Carteira	Data da Expedição	Nº do Título de Eleitor	Nº da Zona	Nº da Seção	Nº da Certidão*	
Nome da Mãe*						
Nome do Pai*						
Endereço*			Número*	Bairro*		CEP*
Zona* Rural ( ) Urbana ( )		Complemento			Fone	
Município*		Distrito*			Localidade*	
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\$)		
DADOS DA FAMÍLIA MORADORES DO DOMICÍLIO						
01 - Nome*			Data do Nascimento* / /		Nº da Certidão	
CPF		NIS		Escolaridade		
Pessoas Com Deficiência ( ) Sim ( ) Não	Tipo de Deficiência			Sexo* ( ) Feminino ( ) Masculino		
02 - Nome*			Data do Nascimento* / /		Nº da Certidão	
CPF		NIS		Escolaridade		
Pessoas Com Deficiência ( ) Sim ( ) Não	Tipo de Deficiência			Sexo* ( ) Feminino ( ) Masculino		
03 - Nome*			Data do Nascimento* / /		Nº da Certidão	
CPF		NIS		Escolaridade		
Pessoas Com Deficiência ( ) Sim ( ) Não	Tipo de Deficiência			Sexo* ( ) Feminino ( ) Masculino		
04 - Nome*			Data do Nascimento* / /		Nº da Certidão	
CPF		NIS		Escolaridade		
Pessoas Com Deficiência ( ) Sim ( ) Não	Tipo de Deficiência			Sexo* ( ) Feminino ( ) Masculino		
05 - Nome*			Data do Nascimento* / /		Nº da Certidão	
CPF		NIS		Escolaridade		
Pessoas Com Deficiência ( ) Sim ( ) Não	Tipo de Deficiência			Sexo* ( ) Feminino ( ) Masculino		
06 - Nome*			Data do Nascimento* / /		Nº da Certidão	
CPF		NIS		Escolaridade		
Pessoas Com Deficiência ( ) Sim ( ) Não	Tipo de Deficiência			Sexo* ( ) Feminino ( ) Masculino		
07 - Nome*			Data do Nascimento* / /		Nº da Certidão	
CPF		NIS		Escolaridade		



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



Pessoas Com Deficiência ( ) Sim ( ) Não	Tipo de Deficiência	Sexo* ( ) Feminino ( ) Masculino	
08 - Nome*		Data do Nascimento* / /	Nº da Certidão
CPF	NIS	Escolaridade	
Pessoas Com Deficiência ( ) Sim ( ) Não	Tipo de Deficiência	Sexo* ( ) Feminino ( ) Masculino	
09 - Nome*		Data do Nascimento* / /	Nº da Certidão
CPF	NIS	Escolaridade	
Pessoas Com Deficiência ( ) Sim ( ) Não	Tipo de Deficiência	Sexo* ( ) Feminino ( ) Masculino	
10 - Nome*		Data do Nascimento* / /	Nº da Certidão
CPF	NIS	Escolaridade	
Pessoas Com Deficiência ( ) Sim ( ) Não	Tipo de Deficiência	Sexo* ( ) Feminino ( ) Masculino	

Identificar o dependente portador da deficiência Nº _____	Qual o Tipo de Deficiência que ( nome ) tem? ( ) Cegueira ( ) Surdez severa/profunda ( ) Deficiência física ( ) Síndrome de Down ( ) Baixa visão Surdez leve / moderada ( ) Deficiência mental ou intelectual ( ) Transtorno / doença mental
--	--

**PONTO DE DISTRIBUIÇÃO**

Nome do Ponto de Distribuição*	Produto	Especificação
--------------------------------	---------	---------------

**ENTREVISTADOR**

Nome	
CPF	Assinatura

**ATENÇÃO!**

- **PREENCHER COM LETRA DE FORMA**

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

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