

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.