



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	C	D	E	F	%	\$	I	&	'	L	M	O	P	(R	S	T	U	V)	*	+	,
---	---	---	---	---	---	----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

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