



## CADIB

### CADASTRO INDIVIDUAL DE BENEFICIÁRIOS

#### DADOS DA ENTIDADE

---

NOME: \_\_\_\_\_

CNPJ: \_\_\_\_\_ MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_

#### DADOS DO TITULAR

---

CPF: \_\_\_\_\_ NOME: \_\_\_\_\_

SEXO:  Masculino  Feminino

DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ ORGÃO EXP.: \_\_\_\_\_

DATA DE EXP.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ PROFISSÃO: \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL:  Solteiro  União Estável  Casado  Casado Separado  Separado Judicialmente  
 Viúvo

#### DADOS DO CÔNJUGE

---

CPF: \_\_\_\_\_ NOME: \_\_\_\_\_

SEXO:  Masculino  Feminino

DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ ORGÃO EXP.: \_\_\_\_\_

DATA DE EXP.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ PROFISSÃO: \_\_\_\_\_

#### DADOS DO IMÓVEL

---

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

Nº OU (Nº SUCAM): \_\_\_\_\_ BAIRRO/SÍTIO \_\_\_\_\_

(GEOREFERENCIAMENTO EM UTM) LAT.: \_\_\_\_\_ LONG.: \_\_\_\_\_

DISTRITO: \_\_\_\_\_

TEMPO DE RESIDÊNCIA:  0 a 6 meses  7 a 11 meses  1 a 3 anos  
 4 a 6 anos  7 a 10 anos  11 a 20 anos  
 21 a 30 anos  mais de 30  NS / NR

SITUAÇÃO DO IMÓVEL:  Próprio  Alugado  Invadido  Cedido

TIPO IMÓVEL:  Alvenaria / Tijolo  Madeira  Taipa  Outros

DESCRIÇÃO TIPO DO IMÓVEL: \_\_\_\_\_

TIPO DE ABASTECIMENTO D'ÁGUA:  CAGECE  SISAR (FNS/Hidrômetro: ..... )  Gambiarra  
 Poço  Chafariz  Não Tem  Outros

DESCRIÇÃO DO TIPO DE ABASTECIMENTO D'ÁGUA: \_\_\_\_\_

Volume de água consumida mensalmente: ..... (m<sup>3</sup>/mês)

---



# GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

POSSUI ESGOTAMENTO SANITÁRIO?  Sim  Não  
TIPO DE ESGOTAMENTO SANITÁRIO:  Céu aberto  Fossa rudimentar  Fossa séptica + Sumidouro  
COMPOSIÇÃO DE BANHEIRO EXISTENTE:  Vaso sanitário  Chuveiro  Pia sanitário  Pia de lavar roupa  
ÁREA DISPONÍVEL PARA IMPLANTAÇÃO DO BANHEIRO E FOSSA/SUMIDOURO:  Sim  Não  
DESCRIÇÃO GERAL DE ESGOTAMENTO SANITÁRIO: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## DADOS DA FAMÍLIA

RENDA FAMILIAR TOTAL (R\$): \_\_\_\_\_  
Nº DE PESSOAS NA CASA: \_\_\_\_\_ Nº DE CRIANÇAS ATÉ 15 ANOS: \_\_\_\_\_  
Nº DE CRIANÇAS MATRICULADAS: \_\_\_\_\_ Nº DE PESSOAS MAIORES DE 65 ANOS: \_\_\_\_\_  
NÚMERO DE DEFICIENTES FÍSICOS: \_\_\_\_\_  
POSSUI ALGUM BENEFÍCIO DO GOVERNO FEDERAL:  Sim  Não  
QUAL: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## BENEFÍCIO PLEITEADO:

FOGÃO SUSTENTÁVEL:   
USD – UNIDADE SANITÁRIA DOMICILIAR:

Declaro para os devidos fins, sob pena da lei, que as informações contidas neste cadastro, são verídicas e que tenho total conhecimento do uso destas informações.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do beneficiário (igual a da identidade)

\_\_\_\_\_  
Assinatura do responsável pelo cadastro

## CHECK-LIST DA DOCUMENTAÇÃO COMPROBATÓRIA A APRESENTAR:

- 1 – Cópia do RG do Titular
- 2 – Cópia do CPF do Titular
- 3 – Cópia do RG do Cônjuge
- 4 – Cópia do CPF do Cônjuge
- 5 – Cópia do Comprovante de Endereço (Água, Telefone, Fatura de Cartao ou Declaração Emitida por Órgão Público)
- 6 – Cópia da Conta de Água
- 7 – Cópia de Conta de Luz
- 8 – Cópia do Comprovante de Benefício Federal (Bolsa Familiar, etc..)
- 9 – Atestado Médico, que comprove a deficiência física alegada e que contenha a espécie, grau, ou nível da deficiência e Classificação Internacional de Doenças – CID
- 10 – Documento de Identidade (RG ou Certidão de Nascimento) do Idoso, alegada na família cadastrada.