



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: (m³/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.