



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO E CULTURA
DIRETORIA DE ENSINO, GESTÃO E ESCOLA DE FORMAÇÃO
DEPARTAMENTO DE ENSINO FUNDAMENTAL
DIVISÃO DE EDUCAÇÃO DE JOVENS E ADULTOS

PROGRAMA BRASIL ALFABETIZADO

Ficha III – Cadastro de Alfabetizando

Nome do Alfabetizador(a):
Bairro ou Comunidade da Sala de aula:

DADOS PESSOAIS DO/A ALFABETIZANDO/A			
1. Nome Completo do/a Alfabetizando/a: Nome Social:			
2. CPF		3. Data de Nascimento	
3. Naturalidade			UF
4. RG	Órgão Emissor	UF	Data de Emissão
5. Nome da Mãe			
6. Nome do Pai			
7. Estado Civil () solteiro () casado () separado () divorciado () viúvo () Outro			
8. Telefone fixo	10. Celular	11. Situação Ocupacional	
9. Etnia: Branca () Negra () Amarela () Parda () Indígena () Quilombola () Não declarada ()			
9. Endereço completo Rua: _____ Nº _____ Bairro: _____ Município: _____ CEP: _____ Referência: _____			
10. Nº do Cartão do SUS			
11. Possui deficiência auditiva? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>			
12. Necessidades Especiais: Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Se sim, qual?			
13. Frequentou escola? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		Se sim, Quanto tempo? Anos(s) _____ Mês (ou meses) _____	
14. Utiliza óculos? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		Tem dificuldades de enxergar? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
15. Telefone fixo:		9. Celular:	
16. Ocupação Profissional:			

SEGMENTO SOCIAL

<input type="checkbox"/> Membros de família beneficiária do Programa Bolsa família <input type="checkbox"/> Idoso/a com mais de 60 anos, conforme estatuto do idoso <input type="checkbox"/> Jovens em cumprimento de medidas socioeducativa <input type="checkbox"/> Membro de família beneficiária do Programa de Erradicação do Trabalho Infantil – PETI <input type="checkbox"/> Pessoas transgêneros (travestis e transexuais) <input type="checkbox"/> População indígena, bilíngues, fronteiriças. <input type="checkbox"/> Doméstica <input type="checkbox"/> Assentado/a <input type="checkbox"/> Remanescentes de quilombo <input type="checkbox"/> Catador/a de material reciclado	<input type="checkbox"/> Pescador Artesanal <input type="checkbox"/> Morador de casas de acolhimento <input type="checkbox"/> Profissional do sexo <input type="checkbox"/> População carcerária <input type="checkbox"/> Agricultor familiar <input type="checkbox"/> Morador/a de Rua <input type="checkbox"/> Jovem de 15 a 29 anos não-alfabetizados <input type="checkbox"/> Nenhuma dessas situações
--	---

OBSERVAÇÃO: ANEXAR: Cópia da RG, CPF, Comprovante de Residência e Cartão do SUS

João Pessoa, _____ de _____ de 20____

Assinatura (legível) do(a) Alfabetizador(a) Responsável