



FICHA DE INSCRIÇÃO DE BENEFICIÁRIO - FIB  
CRIANÇA E ADOLESCENTE



**BENEFICIÁRIO**

CÓDIGO TRI\*  \* Preenchimento exclusivo da EPTC CPF

Nome:

Sexo:  Masculino  Feminino Data de Nascimento:

Nome da mãe:

Nome do pai:

**RESPONSÁVEL**

CPF:  Grau de Parentesco:

Nome:

**RENDA FAMILIAR**

Fonte:  Bolsa Família  Seguro Desemprego  Trabalho Autônomo  Salário  Benefício Previdenciário

Valor:  Número de membros: (  )

Assinatura e carimbo da assistente social

**ENDEREÇO**

CEP:  Endereço

Nº  Complemento:

Bairro:

Cidade:  UF:

**INSTITUIÇÃO**

Nome:

Porto Alegre, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

Assinatura do titular ou responsável

COLAR FOTO  
3X4

ASSINATURA E CARIMBO DA ENTIDADE OU INSTITUIÇÃO  
CADASTRADA NA EPTC

