

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

ANEXO II – Cadastro de Alfabetizando

DADOS PESSOAIS DO/A ALFABETIZANDO/A			
1. Nome Completo do/a Alfabetizando/a:			
2. CPF		3. Data de Nascimento	
4. Naturalidade			UF
5. RG	Órgão Emissor	UF	Data de Emissão
6. Nome da Mãe			
7. Nome do Pai			
8. Estado Civil: () solteiro () casado () separado () divorciado () viúvo () Outro			
9. Situação Ocupacional:			
10. Endereço completo: Rua: _____ _____ N° _____ Bairro: _____ Município: _____ CEP: _____ - _____ Ponto de Referência:			
11. N° do Cartão do SUS			

12. Pessoa Com Deficiência: Não () Sim ()

Se sim, qual?

13. Frequentou escola? Sim () Não ()

Se sim, quanto tempo? _____ Anos(s) e ____ mês (ou meses)

14. Utiliza óculos? Sim () Não () Tem dificuldades de enxergar? Sim () Não ()

15. Número de Celular (whatsapp)

SEGMENTO SOCIAL DO(A) ALFABETIZANDO (A)

- () Membros de família beneficiária do Programa Bolsa família**
- () Idoso/a com mais de 60 anos, conforme estatuto do idoso**
- () Jovens em cumprimento de medidas socioeducativa**
- () Membro de família beneficiária do Programa de Erradicação do Trabalho Infantil – PETI**
- () Pessoas transgêneros (travestis e transexuais)**
- () População indígena, ribeirinha, bilíngues.**
- () Doméstico(a)**
- () Assentado(a)**
- () Remanescentes de quilombo**
- () Catador(a) de material reciclado**
- () Pescador(a) Artesanal**
- () Morador(a) de casas de acolhimento**
- () Profissional do sexo**
- () População carcerária**
- () Agricultor(a) familiar**
- () Pessoa em situação de Rua**
- () Jovem de 15 a 29 anos não-alfabetizados**

☐ Nenhuma dessas situações

OBSERVAÇÃO: ANEXAR: Cópia da RG, CPF, Cartão do SUS

DADOS CADASTRAIS DA TURMA
Nome do(a) Alfabetizador(a):
Bairro ou Comunidade da Sala de aula:
16. Qual o espaço definido para o funcionamento da Turma? ☐ Associação ☐ Igreja ☐ Outro Qual? _____

17. Endereço completo do local e atendimento da turma

Rua: _____

Nº _____ **Bairro:** _____

Município: _____ **CEP:** _____

Ponto de Referência: _____

Horário de Funcionamento das aulas: _____

João Pessoa, _____ de _____ de 2026

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