

| I. Identificação do(a) agricultor(a) familiar | | | | | | |
|---|---------|-----------|----------------------|---------------|--|-----------------|
| TITULARES | 1.Nome: | | | | | |
| | 2.CPF: | | | | | |
| | 3.Nome: | | | | | |
| | 4.CPF: | | | | | |
| II. Informações Complementares | | | | | | |
| 1. Nome do Proprietário _____ | | | | | | |
| 2. CPF/CNPJ do Proprietário <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> --- <input type="text"/> <input type="text"/> Área total da Proprietário: _____ | | | | | | |
| II. Informações Complementares | | | | | | |
| A) Responsável pelo sustento da família | | | | | | |
| () Titular Masculino () Filho(a) dos titulares | | | | | | |
| () Titular Feminino () Pai ou Mãe dos titulares | | | | | | |
| | | | | | B) Número de familiares portadores de deficiência: <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| C) Participa do programa Biodiesel do governo federal: () Sim () Não. | | | | | | |
| D) Das culturas abaixo: | | | | | | |
| 1. Área de cultivo _____ ha. 2. Área total em consorcio Feijão e Mamona; _____ ha. | | | | | | |
| 3. Marque (S) para SIM e (N) para NÃO: | | | | | | |
| | ALGODÃO | ARROZ(HA) | FEIJÃO (HA) | MANDIOCA (HA) | MILHO | FEIJÃO X MAMONA |
| Cultiva no estabelecimento? | () | () | () | () | () | () |
| Faz irrigação da cultura? | () | () | () | () | () | () |
| E) DECLARAÇÃO DO(A) BENEFICIÁRIO(A). | | | | | | |
| Declaro, sob as penas da lei(art.299 do código penal),que os dados acima correspondem à verdade e que Solicitei o meu reenquadramento para o grupo _____, conforme facultado no MCR10-2-4. | | | | | | |
| Local: _____ | | | Data: ____/____/2016 | | Polegar direito 1 <input type="text"/> | |
| Assinatura 1: _____ | | | | | Polegar direito 2 <input type="text"/> | |
| Assinatura 2: _____ | | | | | Telefone do Produtor : _____ | |
| Foi solicitado reenquadramento? () Não () Sim e não concordo () Sim e concordo. Grupo final _____. | | | | | | |
| | | | | | CPF: _____ | |
| Assinatura e CPF do responsável pelo preenchimento deste formulário | | | | | | |
| Atenção este documento é gratuito. | | | | | | |

| I. Identificação do(a) agricultor(a) familiar | | | | | | |
|--|---------|-----------|----------------------|---------------|--|-----------------|
| TITULARES | 1.Nome: | | | | | |
| | 2.CPF: | | | | | |
| | 3.Nome: | | | | | |
| | 4.CPF: | | | | | |
| II. Informações Complementares | | | | | | |
| 1. Nome do Proprietário _____ | | | | | | |
| 2. CPF/CNPJ do Proprietário <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> --- <input type="text"/> <input type="text"/> Área total da Proprietário: _____ | | | | | | |
| II. Informações Complementares | | | | | | |
| A) Responsável pelo sustento da família | | | | | | |
| () Titular Masculino () Filho(a) dos titulares | | | | | | |
| () Titular Feminino () Pai ou Mãe dos titulares | | | | | | |
| | | | | | B) Número de familiares portadores de deficiência: <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| C) Participa do programa Biodiesel do governo federal: () Sim () Não. | | | | | | |
| D) Das culturas abaixo: | | | | | | |
| 1. Área de cultivo _____ ha. 2. Área total em consorcio Feijão e Mamona; _____ ha. | | | | | | |
| 3. Marque (S) para SIM e (N) para NÃO: | | | | | | |
| | ALGODÃO | ARROZ(HA) | FEIJÃO (HA) | MANDIOCA (HA) | MILHO | FEIJÃO X MAMONA |
| Cultiva no estabelecimento? | () | () | () | () | () | () |
| Faz irrigação da cultura? | () | () | () | () | () | () |
| E) DECLARAÇÃO DO(A) BENEFICIÁRIO(A). | | | | | | |
| Declaro, sob as penas da lei(art.299 do código penal),que os dados acima correspondem à verdade e que Solicitei o meu reenquadramento para o grupo _____, conforme facultado no MCR10-2-4. | | | | | | |
| Local: _____ | | | Data: ____/____/2016 | | Polegar direito 1 <input type="text"/> | |
| Assinatura 1: _____ | | | | | Polegar direito 2 <input type="text"/> | |
| Assinatura 2: _____ | | | | | Telefone do Produtor : _____ | |
| Foi solicitado reenquadramento? () Não () Sim e não concordo () Sim e concordo. Grupo final _____. | | | | | | |
| | | | | | CPF: _____ | |
| Assinatura e CPF do responsável pelo preenchimento deste formulário | | | | | | |
| Atenção este documento é gratuito. | | | | | | |