

FICHA CADASTRAL DA FAMÍLIA

Nome do Serviço SASF _____ CAS _____ CRAS _____ FL. 1/2

Nome do Representante da Família						Sexo: ☐ F ☐ M	
Data de Matrícula: ____/____/____	Nº de Matrícula: _____	Data de desligamento: ____/____/____	Nº BDC: _____	Nº NIS: _____	Nascimento: ____/____/____		
Naturalidade (Município/Estado)	Cor/raça (a):	Pessoa com deficiência ☐ Sim ☐ Não		CPF: _____	RG: _____		
Emissão: ____/____/____	Orgão Emissor	UF: _____	CTPS nº		Série: _____		
Mãe:			Pai:				
Estado Civil: ☐ Solteiro ☐ Casado ☐ Separado ☐ Divorciado ☐ Viúvo		Grau de Instrução: ☐ Analfabeto		Ensino Fundamental: ☐ Completo ☐ Incompleto		Ensino Médio: ☐ Completo ☐ Incompleto	
Ensino Superior: ☐ Completo ☐ Incompleto		Profissão:	Ocupação	☐ Empregado ☐ Desempregado ☐ Aposentado ☐ Pensionista		Renda: R\$ _____	
Endereço:				Nº	Compl:	CEP: _____	
Bairro:	Distrito:	Telefone resid:	Telefone cel:		Telefone:		
Ponto de Referência:							
Condições de Moradia: ☐ Própria ☐ Alugada ☐ Cedida		Nº de cômodos:	Valor (aluguel ou financiamento): R\$				
Tipo de Construção: ☐ Alvenaria ☐ Madeira ☐ Mista		Situação Habitacional: ☐ Cortiço ☐ Favela ☐ Loteamento irregular					
Recebe Programa de Transferência de Renda? ☐ Não recebe ☐ Sim, qual? ☐ Renda Mínima ☐ Bolsa Família ☐ Renda Cidadã ☐ Ação Jovem ☐ PETI							
Recebe Benefício de Prestação Continuada? ☐ Não recebe ☐ Sim, qual? ☐ Idoso ☐ Pessoa com deficiência							
COMPOSIÇÃO FAMILIAR							
Nº	Nome	Data de nascimento - dd/mm/aaaa	Parentesco / vínculo	Profissão	Ocupação	Renda	Fator(es) de risco social (b)
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							
9.							
10.							
11.							
12.							

(a) Cor/raça: branca; preta; amarela; parda; indígena; sem declaração.

(b) Fator de risco social: 1. Alcoolismo; 2. Deficiência auditiva; 3. Deficiência física; 4. Deficiência mental; 5. Deficiência visual; 6. Desemprego; 7. Drogadição; 8. HIV+; 9. Problemas psiquiátricos; 10. Situação de rua; 11. Trabalho infantil; 12. Violência doméstica; 13. Média Socioeducativa; 14. Provação de liberdade; 15. Acolhimento Institucional (abrigo/centro de acolhida). 16. Outro _____

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA FAMÍLIA

Nº	Nome	Estuda	Grau de Instrução	Inserido em CCA	Inserido em CJ	Inserido em CEDESP	Inserido em NCI	Inserido em outros serviços (especificar)
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								
7.								
8.								
9.								
10.								
11.								
12.								

DEMANDA APRESENTADA / ORIENTAÇÕES / ENCAMINHAMENTOS

Técnico de Referência do Atendimento _____

Data ____/____/____