

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

Nome do Representante da Família						Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
Data de Matrícula: ____/____/____	Nº de Matrícula: _____	Data de desligamento: ____/____/____	Nº BDC: _____	Nº NIS: _____	Nascimento: ____/____/____		
Naturalidade (Município/Estado)	Cor/raça (a):	Pessoa com deficiência <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		CPF: _____	RG: _____		
Emissão: ____/____/____	Orgão Emissor	UF: _____	CTPS nº	Série: _____			
Mãe:			Pai:				
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viúvo		Grau de Instrução: <input type="checkbox"/> Analfabeto		Ensino Fundamental: <input type="checkbox"/> Completo <input type="checkbox"/> Incompleto		Ensino Médio: <input type="checkbox"/> Completo <input type="checkbox"/> Incompleto	
Ensino Superior: <input type="checkbox"/> Completo <input type="checkbox"/> Incompleto		Profissão:	Ocupação	<input type="checkbox"/> Empregado <input type="checkbox"/> Desempregado <input type="checkbox"/> Aposentado <input type="checkbox"/> Pensionista			Renda: R\$ _____
Endereço:				Nº	Compl:	CEP: _____	
Bairro:	Distrito:	Telefone resid:	Telefone cel:	Telefone: _____			
Ponto de Referência:							
Condições de Moradia: <input type="checkbox"/> Própria <input type="checkbox"/> Alugada <input type="checkbox"/> Cedida		Nº de cômodos: _____	Valor (aluguel ou financiamento): R\$ _____				
Tipo de Construção: <input type="checkbox"/> Alvenaria <input type="checkbox"/> Madeira <input type="checkbox"/> Mista			Situação Habitacional: <input type="checkbox"/> Cortiço <input type="checkbox"/> Favela <input type="checkbox"/> Loteamento irregular				
Recebe Programa de Transferência de Renda? <input type="checkbox"/> Não recebe <input type="checkbox"/> Sim, qual? <input type="checkbox"/> Renda Mínima <input type="checkbox"/> Bolsa Família <input type="checkbox"/> Renda Cidadã <input type="checkbox"/> Ação Jovem <input type="checkbox"/> PETI							
Recebe Benefício de Prestação Continuada? <input type="checkbox"/> Não recebe <input type="checkbox"/> Sim, qual? <input type="checkbox"/> Idoso <input type="checkbox"/> 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. Medida Socioeducativa; 14. Provação de liberdade; 15. Acolhimento Institucional (abrigo/centro de acolhida). 16. Outro _____

