

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: _____	
Naturalidade (Município/Estado)		Cor/raça (a):		CPF: _____		RG: _____	
Emissão: ____/____/____		Orgão Emissor		UF: _____		CTPS nº: _____	
Mãe:				Pai:			
Estado Civil: ☐ Solteiro ☐ Casado ☐ Separado ☐ Divorciado ☐ Viúvo				Grau de Instrução: ☐ Analfabeto		Ensino Fundamental: ☐ Completo ☐ Incompleto	
Ensino Superior: ☐ Completo ☐ Incompleto		Profissão:		Ocupação		Renda: R\$ _____	
Endereço:				Nº _____		Compl: _____	
Bairro:		Distrito:		Telefone resid: _____		Telefone cel: _____	
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. Medida 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 ____/____/____