**DADOS PESSOAIS**

|  |
| --- |
| **NOME:** |
| **RG Nº.** (com UF) | **CPF:** | **DATA DE NASCIMENTO:** **/ /**  |
| **SEXO:****( ) masculino****( ) feminino** | **PROFISSÃO:** | **ESTADO CIVIL:** |
| **ENDEREÇO:** |
| **BAIRRO:** | **CIDADE:** | **ESTADO:** |
| **CEP:** | **TELEFONE FIXO:** | **TELEFONE CELULAR:** |
| **RENDA DO TOTAL DO NÚCLEO FAMILIAR:****(Apontar rendimentos provenientes de trabalho formal, informal, doações, benefícios, etc.) ( ) 0 à ½ salário mínimo ( ) ½ à 1 salário mínimo****( ) 1 à 1 e ½ salários mínimos ( )1 e ½ à 2 salários mínimos****( ) Acima de 2 salários mínimos ( ) Outros Valores:**   |
| **Informações Complementares** |
| **1. Informar a situação socioeconômica, considerando rendas complementares, trabalho formal, trabalho informal, doações, benefícios, entre outros;** |
| **2. Descrever, conforme a pertinência, os cuidados dispensados ao beneficiário, como: Medicamentos, órteses, próteses, terapias, reabilitação, etc;** |
| **3. Atentar-se à composição do núcleo familiar.** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

Local e Data

|  |
| --- |
| Identificação Órgão de Vinculação Assistente Social (órgão municipal, CRAS): |
| Nome Legível Assistente Social |
| Assinatura Assistente Social | Carimbo Assistente Social |