

ATENDIMENTO CRAS PIRATININGA

NOME: Sônia Maria

Agendamento: ___/___/___ HORÁRIO: ___

NIS/CPF: 674 028 783 72

PRONT: neu

DATA DA ATUALIZAÇÃO: ___/___/___

RENDA: _____

PRIORIDADE? [] SIM [] NÃO sendo prioridade, marque abaixo o motivo:

[] BPC Deficiente [] BPC Idoso

[] Outros: _____

ATENDIMENTO PAIF:

[] Passe Livre [] Isenção [] Aux. Natalidade

[] Carteira do Idoso [] Cesta Básica

[] Aux. Deslocamento [] Aux. Funeral

[] Casamento Civil [] 2º via doc. civil

[] Não cumprimento de condic. [X] BPC

[] Acolhida coletiva Cadastro Novo

[] Transferência de município

[] Inclusão/Exclusão de menor [X] Orientações

[] Outros: RF APOSENTADA E NETO BPC.

Encaminhamento para Cadastro Único.

Demanda:

Autorizado: [X] SIM [] NÃO

Assinatura PAIF:

Karoline Saraiva

Karoline Saraiva da Silva Ferreira
Assistente Social
Mat. 58163 SASC - PMM