

ATENDIMENTO CRAS PIRATININGA

NOME: Amanda Hellen Gomes da
Conceição

Agendamento: ___/___/___ HORÁRIO: ___

NIS/CPF: 051.006.423-00

PRONT.: _____

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. BPC

Acolhida coletiva Cadastro Novo

Transferência de município

Inclusão/Exclusão de menor Orientações

Outros: _____

Encaminhamento para Cadastro Único.

Demanda:

Atualização

Autorizado: SIM NÃO

Assinatura PAIF:

Caroline Saraiva Caroline Saraiva da Silva Ferreira
Assistente Social
Mat. 58163 SASC - PMMC