



**PREFEITURA DE
SÃO PAULO**

ANEXO I FICHA DE INSCRIÇÃO/DESLIGAMENTO

FICHA DE INSCRIÇÃO / DESLIGAMENTO

Nome do Serviço NA EPcd _____ CAS _____ CRAS/CREAS _____ FL. 1/2

Nome da pessoa:		Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
Data de inscrição: ____/____/____	Data de Matrícula: ____/____/____	Nº de Matrícula: _____	Data de desligamento: ____/____/____
Motivo do desligamento: () Abandono () Inativação de registro () () Obito () Inscrição em outro trabalho () () Transferência para outro serviço ()		RG: _____	
Nascimento: ____/____/____	Nº BDC: _____	Nº NES: _____	CPF: _____
Naturalidade (Município/Estado): _____	Comarca (Município): _____	UF: _____	Cidade de Nascimento: _____
Emissão: ____/____/____	Órgão Emissor: _____	Fórmula: _____	Letra: _____
Nome da escola: _____		Pat: _____	
MSE: _____		Pat: _____	
Tipo de deficiência: () física () intelectual () auditiva () visual () múltipla () síndrome () síndrome da aprendizagem		Comorbidade médica: () sim () não	CID: _____
Carteira de vacinação atualizada? () Sim () Não		Pessoa com acompanhamento médico? () Sim () Não	
Pessoa com acompanhamento médico: () Sim () Não		Pessoa com acompanhamento terapêutico? () Sim () Não	
Nome do Responsável: _____		Gratificação: _____	
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorçado <input type="checkbox"/> Viúvo		Estado Fundamental: <input type="checkbox"/> Completo <input type="checkbox"/> Incompleto	
Gratificação: <input type="checkbox"/> Atualizado		Estado Fundamental: <input type="checkbox"/> Completo <input type="checkbox"/> Incompleto	
Ensino Superior: <input type="checkbox"/> Completo <input type="checkbox"/> Incompleto		Profissão: _____	
Profissão: _____		Ocupação: _____	
Emprego: <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Desempregado <input type="checkbox"/> Aposentado <input type="checkbox"/> Pessoa física		R\$: _____	
Endereço: _____		CEP: _____	
Bairro: _____		Telefone: _____	
Distribuição: _____		Telefone celular: _____	
Ponto de Referência: _____		Telefone: _____	
Condições de Moradia: <input type="checkbox"/> Própria <input type="checkbox"/> Alugada <input type="checkbox"/> Cedida		Nº de cômodos: _____	
Vale transporte: _____		Vale alimentação: _____	
Tipo de Construção: <input type="checkbox"/> Alvenaria <input type="checkbox"/> Madeira <input type="checkbox"/> Misto		Situação Habitacional: <input type="checkbox"/> Cortiço <input type="checkbox"/> Favela <input type="checkbox"/> Loteamento	
Situação Habitacional: <input type="checkbox"/> Cortiço <input type="checkbox"/> Favela <input type="checkbox"/> Loteamento		Acesso a serviços: () Cobertura de Lixo () Água () Luz () Esgoto	
Recebe Programa de Transferência de Renda? <input type="checkbox"/> Não recebe <input type="checkbox"/> Sim, qual? _____		Recebe Bolsa Família? <input type="checkbox"/> Não recebe <input type="checkbox"/> Sim, qual? _____	
Recebe Bolsa Cidadã? <input type="checkbox"/> Não recebe <input type="checkbox"/> Sim, qual? _____		Recebe Bolsa Jovem? <input type="checkbox"/> Não recebe <input type="checkbox"/> Sim, qual? _____	
Recebe Bolsa Família? <input type="checkbox"/> Não recebe <input type="checkbox"/> Sim, qual? _____		Recebe Bolsa Cidadã? <input type="checkbox"/> Não recebe <input type="checkbox"/> Sim, qual? _____	
Recebe Bolsa Jovem? <input type="checkbox"/> Não recebe <input type="checkbox"/> Sim, qual? _____		Recebe Bolsa Família? <input type="checkbox"/> Não recebe <input type="checkbox"/> Sim, qual? _____	

COMPOSIÇÃO FAMILIAR												
Nº	Nome	Data de nascimento - dd/mm/aaaa	Parentesco / Vínculo	Escolaridade	Profissão	Ocupação	Inscrição Serviço Socioassistencial				Salário/Renda	Demanda apresentada
							CCA	CJ	Cede sp	NCI		
1.												
2.												
3.												
4.												
5.												
6.												
7.												
8.												
9.												
10.												

SMADG/RSB
Pessoas com deficiência