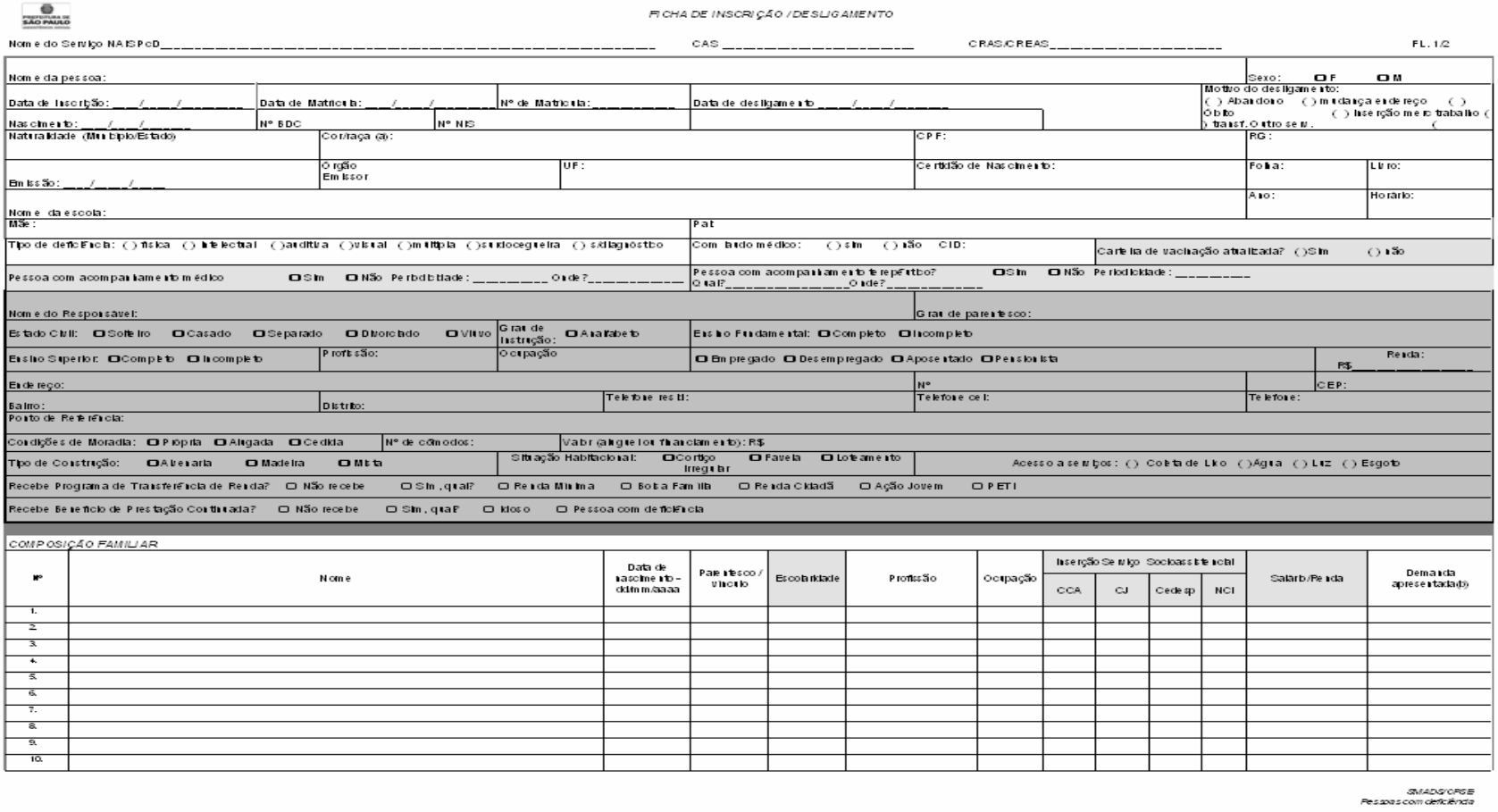
PREFEITURA DE SÃO PAULO

ANEXO I FICHA DE INSCRIÇÃO/DESLIGAMENTO



FICHA DE INSCRIÇÃO /DESLIGAMENTO

Nome do Serviço NAISPcD_____ CAS _____ CRAS/CREAS_____ FL. 1/2

Nome da pessoa: | Sexo: ☐F ☐M

Data de Inscrição: ___/___/_____ | Data de Matrícula: ___/___/_____ | Nº de Matrícula: _____ | Data de desligamento ___/___/_____ | Motivo do desligamento: ( ) Abandono ( ) mudança de endereço ( ) Óbito ( ) Inserção mercado trabalho ( ) transf. Outro serv. ( )

Nascimento: ___/___/_____ | Nº BDC | Nº NIS

Naturalidade (Município/Estado) | Corrente (ag): | CPF: | RG:

Emissão: ___/___/___ | Órgão Emissor | UF: | Certidão de Nascimento: | Folha: | Livro:

Nome da escola: | Ano: | Horário:

Mãe: | Pai:

Tipo de deficiência: ( ) física ( ) intelectual ( ) auditiva ( ) visual ( ) múltipla ( ) surdocegueira ( ) síndrome rara

Com laudo médico: ( ) sim ( ) não CID: | Carteira de vacinação atualizada? ( ) Sim ( ) não

Pessoa com acompanhamento médico ☐Sim ☐Não Periodicidade: _____ Onde?_____ | Pessoa com acompanhamento terapêutico? ☐Sim ☐Não Periodicidade: _____ Qual?_____ Onde?_____

Nome do Responsável: | Grau de parentesco:

Estado Civil: ☐Solteiro ☐Casado ☐Separado ☐Divorciado ☐Viúvo | Grau de Instrução: ☐Analfabeto | Ensino Fundamental: ☐Completo ☐Incompleto

Ensino Superior: ☐Completo ☐Incompleto | Profissão: | Ocupação | ☐Empregado ☐Desempregado ☐Aposentado ☐Pensionista | Renda: R$_____

Endereço: | Nº | CEP:

Bairro: | Distrito: | Telefone resid: | Telefone cel: | Telefone:

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 | Acesso a serviços: ( ) Coleta de Lixo ( ) Água ( ) Luz ( ) Esgoto

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	Escolaridade	Profissão	Ocupação	Inserção Serviço Socioassistencial				Salário/Renda	Demanda apresentada(s)
							CCA	CJ	Cedesp	NCI		
1.												
2.												
3.												
4.												
5.												
6.												
7.												
8.												
9.												
10.												

SMADS/CRSE
Pessoas com deficiência