

DIREITOS E GARANTIAS SOCIAIS

Mat: 194315

Identificação da Criança

Rhavi

Nome: _____

Data de nascimento: 04 / 02 / 2024

Número do Registro Civil de Nascimento (RCN): _____

Filha de: Camila Vitoria do Nascimento
Mistepile Sella da Paiva

Município onde nasceu: Paraguará Estado: _____

Reside com: ☒ Mãe ☒ Pai ☐ Responsável legal ☐ Outro _____

☐ Instituição de acolhimento: _____

Endereço Rua/Av.: José Naxloch

Nº 1456 Complemento: _____ Bairro: São Luís

CEP: 89253790 Município: Paraguará do Sul Estado: SC

Localização do domicílio: ☒ Urbano ☐ Rural

Contato: Tel. 47 9786 8005 E-mail: 84198726472

Cor: ☐ Branca ☐ Negra ☐ Amarela ☐ Parda ☐ Indígena. Outra: _____

Especificidades sociais, étnicas ou culturais da família:

☐ Família cigana ☐ Família quilombola ☐ Família ribeirinha

☐ Família em situação de rua ☐ Família indígena residente em aldeia/reserva

Especifique o povo/etnia: _____

☐ Outras: _____

Nº da Declaração de Nascido Vivo (DNV): 30-95752835-5

Nº do Cartão do SUS: _____

Estratégia Saúde da Família (ESF): ☐ Não ☐ Sim. Qual? _____

Unidade Básica de Saúde (UBS): _____

Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) de referência: _____

Serviço de Saúde: _____

Possui plano de saúde? ☐ Não ☐ Sim. Qual? _____ nº _____

IMPORTANTE!

Para facilitar o acesso à saúde, à assistência social e à educação de qualidade, é importante que algumas informações estejam registradas. Para iniciar o atendimento nos serviços, será necessário realizar um cadastro. Fique atento e verifique se o profissional que atendeu sua filha preencheu as informações indicadas acima.

Anote aqui as m

Novo endereço

Rua/Av.: _____

Complemento: _____

Município: _____

Localização do domicílio: _____

Ponto de referência: _____

Contato: Tel. () _____

Sua filha é acompanhada: _____

UBS/ESF: _____

Serviço de Saúde: _____

Unidade Educacional: _____

Centro de Referência: _____

Novo endereço

Rua/Av.: _____

Complemento: _____

Município: _____

Localização do domicílio: _____

Ponto de referência: _____

Contato: Tel. () _____

Sua filha é acompanhada: _____

UBS/ESF: _____

Serviço de Saúde: _____

Unidade Educacional: _____

Centro de Referência: _____

Novo endereço

Rua/Av.: _____

Complemento: _____

Município: _____

Localização do domicílio: _____

Ponto de referência: _____

Contato: Tel. () _____

Sua filha é acompanhada: _____

UBS/ESF: _____

Serviço de Saúde: _____

Unidade Educacional: _____

Centro de Referência: _____