

DIREITOS E GARANTIAS SOCIAIS

Identificação da Criança

Nome: Henrique Baile de RêdeData de nascimento: 07 / 01 / 26

Número do Registro Civil de Nascimento (RCN): _____

Filho de: Mauro Baile Vallen e _____Município onde nasceu: Idolândia Estado: SCReside com: ☒ Mãe ☐ Pai ☐ Responsável legal ☐ Outro _____☐ Instituição de acolhimento: _____Endereço Rua/Av.: Rua 302N.º 600 Complemento: 1050 Bairro: Mia PraiaCEP: 88220-000 Município: _____ Estado: _____Localização do domicílio: ☐ Urbano ☐ RuralContato: Tel.: (41) 99955-2845 E-mail: _____Cor: ☒ Branca ☐ Preta ☐ 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: _____

N.º da Declaração de Nascimento Vivo (DNV): _____

N.º do Cartão do SUS: 700 018 6460 2807Estratégia 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? _____ n.º _____

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 seu filho preencheu as informações indicadas acima.

Anote aqui as mudanças

Rua/Av.: _____

Complemento: _____

Município: _____

Localização do domicílio: _____

Ponto de referência: _____

Contato: Tel.: () _____

Sua filha é acompanhada por _____

UBS/ESF: _____

Serviço de Saúde: _____

Unidade Educacional: _____

Centro de Referência de A _____

Rua/Av.: _____

Complemento: _____

Município: _____

Localização do domicílio: _____

Ponto de referência: _____

Contato: Tel.: () _____

Sua filha é acompanhada por _____

UBS/ESF: _____

Serviço de Saúde: _____

Unidade Educacional: _____

Centro de Referência de A _____

Rua/Av.: _____

Complemento: _____

Município: _____

Localização do domicílio: _____

Ponto de referência: _____

Contato: Tel.: () _____

Sua filha é acompanhada por _____

UBS/ESF: _____

Serviço de Saúde: _____

Unidade Educacional: _____

Centro de Referência de A _____