

DIREITOS E GARANTIAS SOCIAIS

Identificação da Criança

Nome: YAN JORGE BOITA DA ROCHA

Data de nascimento: 22/04/2023 14:19

Número do Registro Civil de Nascimento (RCN): _____

Filho de: Marina Boita Jallen e _____

Município onde nasceu: BC Estado: SC

Reside com: () Mãe () Pai () Responsável legal () Outro _____

() Instituição de acolhimento: HMRC BC SC

Endereço Rua/Av.: _____

Nº _____ Complemento: _____ Bairro: _____

CEP: _____ Município: _____ Estado: _____

Localização do domicílio: () Urbano () Rural

Contato: Tel. () _____ E-mail: _____

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): 3092203006-7

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 seu filho preencheu as informações indicadas acima.

Anote aqui

Novo endereço

Rua/Av.: _____

Complemento: _____

Município: _____

Localização: _____

Ponto de referência: _____

Contato: Tel. _____

Seu filho é acompanhado por: _____

UBS/ESF: _____

Serviço de Saúde: _____

Unidade Educativa: _____

Centro de Referência: _____

Novo endereço

Rua/Av.: _____

Complemento: _____

Município: _____

Localização: _____

Ponto de referência: _____

Contato: Tel. _____

Seu filho é acompanhado por: _____

UBS/ESF: _____

Serviço de Saúde: _____

Unidade Educativa: _____

Centro de Referência: _____

Novo endereço

Rua/Av.: _____

Complemento: _____

Município: _____

Localização: _____

Ponto de referência: _____

Contato: Tel. _____

Seu filho é acompanhado por: _____

UBS/ESF: _____

Serviço de Saúde: _____

Unidade Educativa: _____

Centro de Referência: _____