

DIREITOS E GARANTIAS SOCIAIS

Identificação da Criança

Nome: Carlos Ryan Monteiro AlmeidaData de nascimento: 08/08/20Número do Registro Civil de Nascimento (RCN): 1947087Nome da mãe: Vanessa Bezerra MonteiroMunicípio onde nasceu: Belém Estado: ParáReside com: ☒ Mãe ☒ Pai ☐ Responsável legal ☐ Outro☐ Instituição de acolhimento:

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 Nascimento Vivo (DNV): 3079495980-8Nº do Cartão do SUS: 700708954515973Estratégia 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? nºOliandina

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 a seguir.

Anote aqui as mudanças de endereço da família

Novo endereço

Rua/Av.: nº

Complemento: Bairro: CEP:

Município: Estado:

Localização do domicílio: ☐ Urbana ☐ Rural ☐ Outra:

Ponto de referência:

Contato: Tel. () E-mail:

Seu filho é acompanhado por:

UBS/ESF:

Serviço de Saúde:

Unidade Educacional:

Centro de Referência de Assistência Social:

Novo endereço

Rua/Av.: nº

Complemento: Bairro: CEP:

Município: Estado:

Localização do domicílio: ☐ Urbana ☐ Rural ☐ Outra:

Ponto de referência:

Contato: Tel. () E-mail:

Seu filho é acompanhado por:

UBS/ESF:

Serviço de Saúde:

Unidade Educacional:

Centro de Referência de Assistência Social:

Novo endereço

Rua/Av.: nº

Complemento: Bairro: CEP:

Município: Estado:

Localização do domicílio: ☐ Urbana ☐ Rural ☐ Outra:

Ponto de referência:

Contato: Tel. () E-mail:

Seu filho é acompanhado por:

UBS/ESF:

Serviço de Saúde:

Unidade Educacional:

Centro de Referência de Assistência Social: