



CADASTRO DE INDIVÍDUOS EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE SOCIAL OU INSEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

Trazer cópias: () RG - () Comprovante endereço () Receita Médica ou laudo Médico da situação de saúde () comprovante de Renda () Cerdidão de Nascimento / Casamento

1. DADOS PESSOAIS

Nome:		Data de Nascimento: / /	
Naturalidade:	RG 	UF	CPF -
Estado Civil:			

2. IDENTIFICAÇÃO E CARACTERÍSTICAS DO DOMICÍLIO/ SITUAÇÃO HABITACIONAL

Logradouro (Rua, Avenida, Alameda, Travessa)		nº	CEP
Bairro	Cidade	Telefone	
Tempo de Moradia no Município		Ponto de Referência	
Situação <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> () Própria () Invasão () Alugada () Financiada () Cedida () outro _____	Tipo () casa () apartamento () outro _____	Tipo de Construção () Tijolo/Alvenaria () madeira () mista () outro _____ <input type="checkbox"/>	Nº de Cômodos _____ Nº de Quartos _____
Abastecimento de Água () rede pública () poço / nascente () carro pipa () outro _____	Banheiro () interno () externo () coletivo () não tem	Escoamento Sanitário () rede pública () fossa séptica () céu aberto () outro _____	Destino do Lixo () coletado () queimado () enterrado () céu aberto () outro _____

3. DESPESAS FAMILIARES MENSAIS

Alimentação _____ Gás _____ Medicamentos _____
Vestuário _____ outros _____ Total: _____

4. COMPOSIÇÃO FAMILIAR

NOME	GRAU DE PARENTESCO	SEXO	IDADE	ESTADO CIVIL	ESCOLARIDADE / PROFISSÃO	RENDA (R\$)
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						

5. SITUAÇÃO ESCOLAR INDIVIDUAL

Nível de escolaridade <input type="checkbox"/> Analfabeto <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental Incompleto - até que série? _____ <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental Completo <input type="checkbox"/> Ensino Médio Incompleto - até que série? _____	<input type="checkbox"/> Ensino Médio Completo <input type="checkbox"/> Superior incompleto - até que ano? _____ <input type="checkbox"/> Superior completo <input type="checkbox"/> _____ Outros: _____ _____ _____
---	--

6. CONDIÇÃO DE SAÚDE INDIVIDUAL OU FAMILIAR

NOME :	PATOLOGIA	Obs:

7. PARTICIPAÇÃO EM BENEFÍCIOS DO GOVERNO FEDERAL / ESTADUAL

<input type="checkbox"/> Bolsa Família Nº NIS _____	<input type="checkbox"/> Programa Leite das Crianças	<input type="checkbox"/> Tarifa Social da sanepar	<input type="checkbox"/> Luz Fraterna
<input type="checkbox"/> PETI	<input type="checkbox"/> BPC	<input type="checkbox"/> PROJOVEM	<input type="checkbox"/> Outros
Outros benefícios: _____			

8. SITUAÇÃO PROFISSIONAL

<input type="checkbox"/> Assalariado com carteira assinada	<input type="checkbox"/> Assalariado s/ Carteira assinada	<input type="checkbox"/> Aposentado/Pensionista
<input type="checkbox"/> Trabalhador Rural	<input type="checkbox"/> Autônomo	<input type="checkbox"/> Trabalhador temporário
<input type="checkbox"/> Desempregado	Quanto tempo?	<input type="checkbox"/> Profissão

9. ATENDIMENTOS NA ESPERA DE SEGURIDADE SOCIAL

Qual unidade do pertence CRAS? _____ _____	Qual Unidade de Saúde pertence? _____ _____
--	---

10. DADOS GERAIS

Quantas refeições faz por dia? _____

Com qual frequência utiliza frutas e verduras na alimentação? _____

Deseja fazer cursos ou oficinas de educação alimentar e nutricional ? _____

Como obteve conhecimento do Programa Banco de Alimentos ? _____

CASDASTRO AUTORIZADO

DATA: