



CONSELHO CENTRAL DE VALENCA  
CONSELHO PARTICULAR DE VALENCA  
CONFERENCIA NOSSA SENHORA DA GLORIA

## CADASTRO DE ASSISTIDO

### DADOS DO RESPONSÁVEL

|                       |                                                |                                                           |
|-----------------------|------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| Nome *                | Data de Nascimento                             | CPF                                                       |
| RG                    | Cartão SUS                                     | Telefone / Celular                                        |
| Nome do Conjuge       | Telefone 2                                     |                                                           |
| Tipo de Assistência * | <input type="checkbox"/> Recorrente (todo mes) | <input type="checkbox"/> Avulso (eventual)                |
|                       | Visita Suspensa                                | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |

### ENDEREÇO

|               |                     |             |
|---------------|---------------------|-------------|
| Rua / Avenida | Numero              | Complemento |
| Bairro        | Ponto de Referência | Cidade      |
|               | UF                  | CEP         |

### EXPECTATIVAS

Qual a sua necessidade?

|  |
|--|
|  |
|--|

### SITUAÇÃO SOCIAL

|                     |                                                            |
|---------------------|------------------------------------------------------------|
| Trabalho            | Bolsa Família                                              |
| Recebe outra ajuda? |                                                            |
| Aluguel             | Doença na família                                          |
| Batizados           | Já houve incentivo da conferência para ajudar a trabalhar? |

### PESSOAS QUE RESIDEM JUNTO

| Nome | Data de Nasc. | Parentesco | Trabalha |
|------|---------------|------------|----------|
|      |               |            |          |
|      |               |            |          |
|      |               |            |          |
|      |               |            |          |
|      |               |            |          |
|      |               |            |          |
|      |               |            |          |

Responsáveis pelo preenchimento: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Código: \_\_\_\_\_