



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE CIDADANIA, ASSISTÊNCIA E INCLUSÃO SOCIAL**

REGISTRO DE ATENDIMENTO

DATA:

NIU - Nº IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO:

## FOLHA DE ROSTO

### I - IDENTIFICAÇÃO

NOME:

R.G.: | SEXO: | DATA NASCIMENTO: | NATURALIDADE:

PROCEDÊNCIA: | ESTADO CIVIL:

CÔNJUGE:

GRAU DE INSTRUÇÃO: | 1) ANALFABETO | 3) 4ª SÉRIE INCOMPLETO | 5) 1ª GRAU INCOMPLETO | 7) 2ª GRAU INCOMPLETO  
2) ALFABETIZADO | 4) 4ª SÉRIE COMPLETO | 6) 1ª GRAU COMPLETO | 8) 2ª GRAU COMPLETO

FILIAÇÃO: PAI:

MÃE:

### II - ENDEREÇO / HABITAÇÃO

ENDEREÇO:

BAIRRO: | CEP: | A.R. / DISTRITO: | TEMPO NO LOCAL:

PONTO DE REFERÊNCIA: | FONE PARA CONTATO: | TEMPO EM CAMPINAS:

SITUAÇÃO DO IMÓVEL		LOCALIZAÇÃO		TIPO DO IMÓVEL	
1 - PRÓPRIO	5 - OCUPAÇÃO	1 - BAIRRO	4 - OCUPAÇÃO	1 - MADEIRITE	4 - Nº DE CÔMODOS
2 - ALUGADO	6 - SEM HABITAÇÃO	2 - FAVELA	5 - SITUAÇÃO DE RUA	2 - ALVENARIA	
3 - CEDIDO	7 - PENSÃO	3 - ISOLADO		3 - MISTO	
4 - FINANCIADO					

ÁREA EM SITUAÇÃO DE RISCO:

ENERGIA ELÉTRICA:

ÁGUA ENCANADA:

ESGOTO:

SIM

NÃO

SIM

NÃO

SIM

NÃO

SIM

NÃO

### III - SITUAÇÃO PROFISSIONAL

SITUAÇÃO PROFISSIONAL

BENEFÍCIO PREVIDENCIÁRIO

1 - EMPREGADO COM REGISTRO | 4 - DESEMPREGADO  
2 - EMPREGADO SEM REGISTRO | 5 - NÃO TRABALHA  
3 - AUTÔNOMO | 6 - BICOS

1 - APOSENTADO | 6 - PENSÃO ALIMENTÍCIA  
2 - PENSIONISTA | 7 - BPC  
3 - AUXÍLIO DOENÇA | 8 - SALÁRIO MATERNIDADE  
4 - AUX. ACIDENTE TRABALHO | 9 - AUXÍLIO MATERNIDADE  
5 - SEGURO DESEMPREGO | 10 - RENDA MENSAL VITALÍCIA

**IV - COMPOSIÇÃO FAMILIAR**

Nº	NOME	SEXO	PARENTESCO	DATA NASCIMENTO	GRAU INSTR.	PROFISSÃO	RENDA	SIT. PROF.	BENEF. PREVID.
01									
02									
03									
04									
05									
06									
07									
08									
09									
10									

V - RENDA FAMILIAR TOTAL: \_\_\_\_\_

**LEGENDA**

Nº DA SITUAÇÃO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
GRAU DE INSTRUÇÃO	ANALFABETO	ALFABETIZADO	4ª SÉRIE INCOMPLETA	4ª SÉRIE COMPLETA	1º GRAU INCOMPLETO	1º GRAU COMPLETO	2º GRAU INCOMPLETO	2º GRAU COMPLETO	SUPERIOR INCOMPLETO	SUPERIOR COMPLETO
SITUAÇÃO PROFISSIONAL	EMPREGADO COM REGISTRO	EMPREGADO SEM REGISTRO	AUTÔNOMO	DESEMPREGADO	NÃO TRABALHA	BICOS				
BENEFÍCIO PREVIDENCIÁRIO	APOSENTADO	PENSIONISTA	AUXÍLIO DOENÇA	AUX. ACIDENTE TRABALHO	SEGURO DESEMPREGO	PENSÃO ALIMENTÍCIA	BPC	SALÁRIO MATERNIDADE	AUXÍLIO MATERNIDADE	RENDA MENSAL VITALÍCIA

**VI - OUTRAS INFORMAÇÕES**

RECEBE ATENDIMENTO DE ALGUM PROGRAMA SOCIAL? (ONG - OG) | SIM | NÃO

SE AFIRMATIVO

NOME DA ENTIDADE: \_\_\_\_\_

TIPO DE ATENDIMENTO: \_\_\_\_\_

FREQUÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONHECE ALGUM TRABALHO DESENVOLVIDO NO BAIRRO? | SIM | NÃO | QUAL? \_\_\_\_\_

PARTICIPA DE ALGUM GRUPO OU PROGRAMA? | SIM | NÃO | QUAL? \_\_\_\_\_

**VII - ENCAMINHAMENTOS REALIZADOS**

ORGANIZAÇÕES GOVERNAMENTAIS	Nº	ORGANIZAÇÕES NÃO GOVERNAMENTAIS	Nº	DIVERSOS (ESPECIFICAR)	Nº
SARES					
SAMIM					
BALCÃO DE EMPREGOS					
CURSOS PROFISSIONALIZANTES					
NÚCLEOS COMUNITÁRIOS					
SAF					
SACASE					
PRO-RENDAS					
SECRETARIA DE FINANÇAS					
SECRETARIA DE HABITAÇÃO					
EQUIPE EDUCACIONAL					
EQUIPE SAÚDE					
INSS					
DELEGACIA DA MULHER					
VARA INFÂNCIA E JUVENTUDE					
CONSELHO TUTELAR					
POUPA TEMPO					
PGRFM					
PASSE DESEMPREGO					
MINISTÉRIO PÚBLICO					
MINISTÉRIO DO TRABALHO					
OUTROS					