



**FICHA DE INSCRIÇÃO**  
**PROGRAMA CASA DOS (AS) IDOSOS (AS)**

DATA: \_\_\_\_\_ NOME: \_\_\_\_\_

FILIAÇÃO:  
PAI: \_\_\_\_\_

MÃE: \_\_\_\_\_

NATURAL DE: \_\_\_\_\_

DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO:  
RUA: \_\_\_\_\_

Nº: \_\_\_\_\_

BAIRRO: \_\_\_\_\_

TELEFONE: \_\_\_\_\_

PONTO DE REFERÊNCIA: \_\_\_\_\_

DOCUMENTOS:

R.G.: \_\_\_\_\_

CARTEIRA PROFISSIONAL: \_\_\_\_\_

C.I.C.: \_\_\_\_\_

OUTROS: \_\_\_\_\_

BENEFÍCIOS PREVIDENCIÁRIO:

SIM

NÃO

QUEM RECEBE: \_\_\_\_\_

DOENÇAS: \_\_\_\_\_

TEVE INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA: \_\_\_\_\_

BEBE:

SIM

NÃO

FUMA:

SIM

NÃO

TOMA MEDICAMENTOS?

SIM

NÃO

QUAIS: \_\_\_\_\_

POSSUI ALGUM CONVÊNIO MÉDICO: \_\_\_\_\_

RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_