iten 37083

PREFEITURA MUNICIPAL de
PATOS DE MINAS

SECRETARIA MUNICIPAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL
SETOR CAD'ÚNICO
TELEFONE/FAX: 3822-9740
www.patosdeminas.mg.gov.br - acao_social@patosdeminas.mg.gov.br

Declaração de Recebimento de Pensão Alimentícia

Eu, _____, CPF nº _____, RG _____, declaro, sob responsabilidade e penas da lei, que recebo mensalmente pensão alimentícia, no valor de R$ _____.

Estou ciente de que a omissão de informações ou a apresentação de dados ou documentos falsos e/ou divergentes implicam, a qualquer tempo, no cancelamento do benefício do Bolsa Família, se concedido, obrigam a devolução dos valores indevidamente recebidos, além das medidas judiciais cabíveis.

Patos de Minas, ____ de _____ de _____.

_____
Assinatura do declarante

DADOS DE QUEM PAGA A PENSÃO

Nome: _____
CPF: _____ RG: _____
Endereço Completo: _____
Telefone(s): _____

DADOS DOS BENEFICIÁRIOS DA PENSÃO

Nome: _____ Nasc.: _____
Nome: _____ Nasc.: _____
Nome: _____ Nasc.: _____
Nome: _____ Nasc.: _____
Nome: _____ Nasc.: _____

CASO NÃO RECEBA PENSÃO ALIMENTÍCIA, DECLARAR NESTE CAMPO:

Declaro não receber pensão alimentícia de:
Nome: _____
Nome: _____
Nome: _____
Assinatura: _____ Data: _____

item 37085

PREFEITURA MUNICIPAL de
PATOS DE MINAS

SECRETARIA MUNICIPAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL
SETOR CAD'ÚNICO
TELEFONE/FAX: 3822-9740
www.patosdeminas.mg.gov.br - acao_social@patosdeminas.mg.gov.br

Relação de Documentos para Novo Cadastro e Atualização do Cadastro Único

ATENÇÃO

⇨ Todos os documentos deverão ser **ORIGINAIS** e **CÓPIAS** e de **TODOS OS MORADORES DA CASA**

⇨ Quem **não** possui documento, **é necessário que providencie.**

Para maiores de 16 anos:

1- Carteira de identidade

2- Carteira de trabalho, mesmo que não esteja assinada (foto / verso, e último contrato de trabalho) – se nunca tiver sido assinada, tirar em branco;

3- Título de eleitor, obrigatório para maiores de 18 anos

4- CPF

5- Certidão de Nascimento ou Casamento

6- Comprovante de renda, (último contra-cheque, declaração da Secretaria, folha do seguro desemprego, extrato da aposentadoria ou benefício)

Para menores de 16 anos:

1- Certidão de nascimento

2 – Carteira de Identidade (se tiver)

3 – CPF (se tiver)

Outros Documentos:

1- Cartão do Bolsa Família

2- Último talão de Luz e Água, (não precisa estar pago)

3- Declaração de matrícula e freqüência do último bimestre, para as pessoas que estudam.

4- Telefone para contato (próprio ou recado)

Nome: _____ NIS: _____

O atendimento será dia _____/_____/_____ às _____ horas.

item37087

PREFEITURA MUNICIPAL de
PATOS DE MINAS

SECRETARIA MUNICIPAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL
SETOR CAD'ÚNICO
TELEFONE/FAX: 3822-9740
www.patosdeminas.mg.gov.br - acao_social@patosdeminas.mg.gov.br

DECLARAÇÃO DE RENDA

Eu, _____,
NIS _____, declaro, sob as penas da lei, na data de hoje:

1. Não possuir qualquer relação formal de trabalho;
2. Estar ciente das consequências da presente declaração para o recebimento, por parte de minha família, dos benefícios financeiros do Programa Bolsa Família, criado pela Lei nº 10.836, de 09/01/2004;
3. O conhecimento do compromisso de informar ao gestor municipal do Programa Bolsa Família qualquer alteração em minha situação no mercado de trabalho.

Atividade Exercida: _____

Remuneração: _____

Patos de Minas, _____ 2014.

_____
Assinatura

PREFEITURA MUNICIPAL de
PATOS DE MINAS

SECRETARIA MUNICIPAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL
SETOR CAD'ÚNICO
TELEFONE/FAX: 3822-9740
www.patosdeminas.mg.gov.br - acao_social@patosdeminas.mg.gov.br

DECLARAÇÃO DE RENDA

Eu, _____,
NIS _____, declaro, sob as penas da lei, na data de hoje:

1. Não possuir qualquer relação formal de trabalho;
2. Estar ciente das consequências da presente declaração para o recebimento, por parte de minha família, dos benefícios financeiros do Programa Bolsa Família, criado pela Lei nº 10.836, de 09/01/2004;
3. O conhecimento do compromisso de informar ao gestor municipal do Programa Bolsa Família qualquer alteração em minha situação no mercado de trabalho.

Atividade Exercida: _____

Remuneração: _____

Patos de Minas, _____ 2014.

_____
Assinatura

item 41210

PREFEITURA MUNICIPAL de
PATOS DE MINAS

SECRETARIA MUNICIPAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL
SETOR CAD'ÚNICO
TELEFONE/FAX: 3822-9740
www.patosdeminas.mg.gov.br - acao_social@patosdeminas. mg.gov.br

Ficha de Exclusão de Pessoa

Código domiciliar ou código familiar: _____

NIS do Responsável pela Unidade Familiar (RF): _____

Data da exclusão: _____/_____/_____

Nome da Pessoa: _____

NIS de Pessoa: _____

Motivo da exclusão:
( ) Falecimento da pessoa

( ) Desligamento da pessoa da família em que está cadastrada

( ) Solicitação da pessoa

( ) Decisão judicial

_____
(Local), (data)

_____
Assinatura do Responsável pela Unidade Familiar (RF)

_____
Assinatura do entrevistador

_____
Assinatura do responsável pelo cadastramento

Caso o RF não saiba assinar, o entrevistador registrará a expressão "A ROGO" e, a seguir, o nome do RF.(A ROGO é a expressão jurídica utilizada para indicar que a identificação, substituindo a assinatura, foi delegada a outra pessoa)

item 41211

PREFEITURA MUNICIPAL de
PATOS DE MINAS

SECRETARIA MUNICIPAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL
SETOR CAD'ÚNICO
TELEFONE/FAX: 3822-9740
www.patosdeminas.mg.gov.br - acao_social@patosdeminas.mg.gov.br

Ficha de Exclusão da Família

Código domiciliar ou código familiar: _____

Nome do Responsável pela Unidade Familiar (RF): _____

_____

NIS do Responsável pela Unidade Familiar (RF): _____

Data da exclusão: _____/_____/_____

Motivo da exclusão:

( ) Falecimento de toda a família

( ) Solicitação da família

( ) Recusa da família em prestar informações

( ) Decisão judicial

( ) Omissão ou prestação de informações inverídicas pela família

( ) Não localização da família por período igual ou superior a 4 anos

( ) Outro: _____

Parecer / Observações: _____

_____

_____

_____
(Local), (data)

_____
Assinatura do Responsável pela Unidade Familiar (RF)

_____
Assinatura do entrevistador

_____
Assinatura do responsável pelo cadastramento

Caso o RF não saiba assinar, o entrevistador registrará a expressão "A ROGO" e, a seguir, o nome do RF. (A ROGO é a expressão jurídica utilizada para indicar que a identificação, substituindo a assinatura, foi delegada a outra pessoa)

item 42819

DECLARAÇÃO DE AJUDA

Eu _____,
Declaro para fins de cadastramento no Cadastro Único que recebo **AJUDA/DOAÇÃO** regular de **R$**_____. Quantia referente aos seguintes itens:

- ☐ Dinheiro para aluguel
- ☐ Dinheiro para compra de alimentos
- ☐ Dinheiro para quitar gastos mensais (Cemig, Copasa, Gás, etc.)
- ☐ Dinheiro para comprar remédios
- ☐ Cesta básica de entidades ou terceiros
- ☐ Outros: _____

Esta ajuda é proveniente de:

☐ Cônjuge ☐ Filhos ☐ Vizinhos ☐ Entidade/Igreja

☐ Familiares:_____ ☐ Outros: _____

Estou ciente de que a omissão de informações ou a apresentação de dados ou documentos falsos e/ou divergentes implicam, a qualquer tempo, no cancelamento do benefício do Bolsa Família, se concedido, obrigam a devolução dos valores indevidamente recebidos, além das medidas judiciais cabíveis.

Patos de Minas,_____ de _____ de _____

_____

Assinatura do Declarante

DECLARAÇÃO DE AJUDA

Eu _____,
Declaro para fins de cadastramento no Cadastro Único que recebo **AJUDA/DOAÇÃO** regular de **R$**_____. Quantia referente aos seguintes itens:

- ☐ Dinheiro para aluguel
- ☐ Dinheiro para compra de alimentos
- ☐ Dinheiro para quitar gastos mensais (Cemig, Copasa, Gás, etc.)
- ☐ Dinheiro para comprar remédios
- ☐ Cesta básica de entidades ou terceiros
- ☐ Outros: _____

Esta ajuda é proveniente de:

☐ Cônjuge ☐ Filhos ☐ Vizinhos ☐ Entidade/Igreja

☐ Familiares:_____ ☐ Outros: _____

Estou ciente de que a omissão de informações ou a apresentação de dados ou documentos falsos e/ou divergentes implicam, a qualquer tempo, no cancelamento do benefício do Bolsa Família, se concedido, obrigam a devolução dos valores indevidamente recebidos, além das medidas judiciais cabíveis.

Patos de Minas,_____ de _____ de _____

_____

Assinatura do Declarante

iten 42820

CONSELHO TUTELAR
PATOS DE MINAS - MG
O FUTURO CIDADÃO COMEÇA NA INFÂNCIA

LEI FEDERAL 8.069/90
LEI MUNICIPAL 3.838/94
Tel.: (34)3822-9694
Rua Miosótes, 291 - Jardim Paraíso - CEP: 38703-040
Patos de Minas - MG

RECEBIMENTO DE DENUNCIA

Denunciado:_____

Endereço:_____ **N°**_____

Bairro:_____

( )Pessoalmente ( )Telefone

Motivo da Denúncia:_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Recebido por:_____

Patos de Minas, _____ **de** _____ **de** _____

item 42821

CONSELHO TUTELAR
PATOS DE MINAS - MG
O FUTURO CIDADÃO COMEÇA NA INFÂNCIA.

LEI FEDERAL N° 8.069/90
LEI MUNICIPAL 3.838/94
Tel.: (34) 3822-9694
Patos de Minas - MG

Atendimento

Patos de Minas,_____de _____ de _____.

I - Identificação:

Nome:_____ Data de Nascimento:_____/_____/_____

Pai:_____

Mãe: _____

Responsável:_____

Endereço:_____

Bairro:_____ Telefone:_____

Escola que estuda: _____ Série Atual:_____

II- Composição familiar

Nome	Data de nascimento

III - Motivo: _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

IV - Encaminhamento:_____

_____

V - Atendido por:_____

item 42822

LEI FEDERAL 8.069/90
LEI MUNICIPAL 3.838/94
Tel.: (34)3822-9694
Rua Miosótes, 291 - Jardim Paraíso - CEP: 38703-040
Patos de Minas - MG

Conselho Tutelar – Notificação

Data de Emissão: ____/____/____

Notificação para: _____

Endereço: _____

Bairro: _____

Município: _____ **CEP:** _____ **UF:** ____

O notificado deverá comparecer o Conselho Tutelar na data acima citada, para prestar esclarecimentos. Não comparecimento poderá construir crime de em desobediência ao Art. 236 ECA.

Art. 236 ***"impedir ou embaraçar a ação de autoridade judiciária, membro do Conselho Tutelar ou representante do Ministério público no exercício de função prevista em lei. Pena: detenção de seis meses a dois anos".***

Data de Apresentação: ____/____/____ **ás**___:___ **horas**

Endereço da apresentação: Rua Miosótes, nº 291 – Jardim Paraíso – Patos de Minas

Obs: O não comparecimento implicará comunicado imediato ao Ministério Público

_____

Carimbo e Assinatura do Notificante

item 428.23

TERMO DE ENTREGA

O Conselho Tutelar de Patos de Minas, aos _____ dias do mês de _____ de 20____, por meio deste, faz a **ENTREGA** da criança/adolescente: _____, nos termos do ECA, ao (à) Sr. (a) _____, na qualidade de_____, residente à_____ _____.

Para constar, foi lavrado este termo, que recebido e devidamente assinado pelo Conselho Tutelar e pelo responsável.

Conselho Tutelar: _____

Responsável: _____

Criança/adolescente:_____

Obs.: Este Termo não substitui a Guarda Judicial, se fazendo necessário entrar em contato com o Ministério Público a fim de regularizar a situação perante a lei.

item 42 837

PREFEITURA DE PATOS DE MINAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SUS Sistema Único de Saúde

CONTROLE DE FREQÜÊNCIA INDIVIDUAL DEFICIÊNCIA FÍSICA

Nº do Prontuário

Identificação da Unidade

Nome

CNPJ

Dados do Paciente

Nome do Paciente

CPF

Nome da Mãe ou Responsável

Endereço (Logradouro, nº complemento, bairro)

DDD

Nº TELEFONE

Município

UF

CEP

Data Nascimento

SEXO Masc 1 Fem 2

DECLARAÇÃO

DECLARO QUE NO MÊS DE _____, O PACIENTE IDENTIFICADO ACIMA, FOI SUBMETIDO AOS PROCEDIMENTOS ABAIXO RELACIONADOS, CONFORME ASSINATURA(S) DO PACIENTE / RESPONSÁVEL ABAIXO.

_____ de _____ de 200____ _____

Local e data

Assinatura/Carimbo do Diretor da Unidade

Código do Procedimento | Nome do Procedimento | Quantidade

ÓRTESE, PRÓTESE E MEIOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

Código do Procedimento | Nome do Procedimento

Código do Procedimento | Nome do Procedimento

Código do Procedimento | Nome do Procedimento

Código do Procedimento | Nome do Procedimento

ATENÇÃO: ASSINAR APENAS UMA VEZ PARA PROCEDIMENTOS DE ÓRTESE, PRÓTESE E/OU MEIOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

	DATA	ASSINATURA
01		
02		
03		
04		
05		
06		
07		
08		
09		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		

ARTE E IMPRESSÃO GRÁFICA ESCOLA - FUNDAÇÃO PROHAM