|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| PREFEITURA MUNICIPAL  DE BELO HORIZONTE | **ENCAMINHAMENTO – 1ª PARTE** | | | Nº DE CADASTRO FAMILIAR |
| NOME COMPLETO DO USUÁRIO | | | | |
| NOME DA REFERÊNCIA DO GRUPO FAMILIAR | | | | |
| DESTINO DO ENCAMINHAMENTO  ÁREA DE ATUAÇÃO   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | |  | O.G. | O.N.G. | CONVÊNIO | UNIDADE / ENTIDADE:  ESPECIFICAR: | | ASSISTÊNCIA SOCIAL |  |  | NÃO CONVÊNIO | | CULTURA |  |  |  | | EDUCAÇÃO |  |  |  | | ESPORTE/LAZER |  |  |  | | HABITAÇÃO |  |  |  | | DEFESA DOS DIREITOS |  |  |  | | PREVIDÊNCIA SOCIAL  DSASB - 01501019 - G / E |  |  |  | | SAÚDE |  |  |  | | TRABALHO |  |  |  | | OUTROS |  |  |  | | | | | |
| DESCRIÇÃO DO ENCAMINHAMENTO (MOTIVO / ATIVIDADE) | | | | |
| NOME / BM – TÉCNICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO | | \* RETORNO DE ENCAMINHAMENTO / / | | |
| EFETIVADO PELA FAMÍLIA  SIM NÃO | EFETIVADO PELA INSTITUIÇÃO  SIM NÃO | |

OBS: OS CAMPOS ASSINALADOS COM (\*) SÃO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

PREFEITURA MUNICIPAL

DE BELO HORIZONTE



|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **ENCAMINHAMENTO – 2ª PARTE** | Nº DE CADASTRO FAMILIAR |
| **DESTINO DO ENCAMINHAMENTO** | | |
| UNIDADE/ENTIDADE/AÇÃO DE DESTINO | | |
| ENDEREÇO COMPLETO | | |
| NOME DO USUÁRIO | | |

|  |
| --- |
| DESCRIÇÃO DO ENCAMINHAMENTO |

|  |  |
| --- | --- |
| UNIDADE EMITENTE/AÇÃO  **CRAS HAVAÍ-VENTOSA** | |
| ENDEREÇO COMPLETO  **R. NICOLINA DE LIMA, 316, HAVAÍ ou AV. COSTA DO MARFIM, 480, HAVAÍ – BELO HORIZONTE/MG** | |
| NOME / BM – TÉCNICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO | TELEFONE PARA CONTATO  **3277-9972** |