



Prefeitura Municipal de Poços de Caldas
Secretaria Municipal de Promoção Social
CRAS – Centro de Referência de Assistência Social

CADASTRO DE BENEFÍCIO EVENTUAL - CESTA VERDE

LEI Nº 9.114/2016

Data: ____/____/____

I. Identificação do beneficiário

Nome: _____ NIS: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: _____

Responsável familiar: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Telefone: _____

II. Critérios para concessão de benefício eventual

Renda per capita: R\$ _____

Situação de vulnerabilidade e risco conforme critérios previstos em lei:

- Doença Crônica () Sim () Não. Se sim, qual? _____
- Laudo Médico () Sim () Não. De qual órgão? _____
- Parecer Técnico: _____

Declaro, sob as penas de Lei, que as informações acima prestadas correspondem à verdade

Beneficiário

Responsável Legal

Técnico Responsável