



ESTADO DA BAHIA
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMAÇARI
SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL

FORMULÁRIO DE REQUERIMENTO PARA ATENDIMENTO DE NECESSIDADE SOCIAL
(FRANS)

USO EXCLUSIVO DA PREFEITURA MUNICIPAL:	DATA DE RECEBIMENTO 08/04/2024	NOME DO SERVIDOR	ASSINATURA
SOLICITO O ATENDIMENTO PARA CONCESSÃO DE: Psicologia, fonoaudiologia, terapia ocupacional e neuropediatria.			
NOME DO DESTINATÁRIO/BENEFICIÁRIO: Ariella Coelho Rios		SEXO M() F(X)	RG ou CPF 11363805584
NOME SOCIAL: Ariella			
NOME DO REQUERENTE/RESPONSÁVEL: Angela Rios Oliveira		NOME SOCIAL:	SEXO M() F(X) RG ou CPF 05529679552
ENDEREÇO: Rua Rio de Janeiro			
NÚMERO: 78	COMPLEMENTO: Casa	TELEFONE PARA CONTATO: 71999193278	
BAIRRO/DISTRITO: Jauá		CEP: 42828596	
ENQUADRAMENTO NORMATIVO DO REQUERIMENTO (DECRETO N°4979/2011)			

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS

RG (X) CPF (X) NIS () CARTEIRA DE TRABALHO () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA (X)
COMPROVANTE DE ESCOLARIDADE () CARTÃO DE VACINA () ANTECEDENTES CRIMINAIS () RELATÓRIO DE
VISTORIA COM PARECER DA DEFESA CIVIL () PARECER DO TÉCNICO (X)

Camaçari, 08 de abril de 2024

Angela Rios Oliveira
(ASSINATURA DO REQUERENTE/RESPONSÁVEL) OU IMPRESSÃO

DESPACHO DA SECRETARIA MUNICIPAL:
REQUERIMENTO: DEFERIDO () INDEFERIDO ()

SECRETARIO (A)

PARECER DO TÉCNICO: