



**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 / /	NOME DO SERVIDOR	ASSINATURA
SOLICITO O ATENDIMENTO PARA CONCESSÃO DE:			
NOME DO DESTINATÁRIO /BENEFICIÁRIO: GAEL CONCEIÇÃO DIAS		SEXO M(X) F( )	RG ou CPF 02472388721
NOME SOCIAL:			
NOME DO REQUERENTE /RESPONSÁVEL: ANA CLAUDIA DA SILVA CONCEIÇÃO		NOME SOCIAL:	SEXO M( ) F( ) RG ou CPF 82741735549
ENDEREÇO: RUA SANTA MARIA			
NÚMERO: 0	COMPLEMENTO: BLOCO 2 APARTAMENTO 105 COND. MORADA DOS PINHEIROS	TELEFONE PARA CONTATO: 198366357	
BAIRRO/ DISTRITO: LAMA PRETA			CEP: 42806340
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 ( ) RELATORIO DE  
VISTORIA COM PARECER DA DEFESA CIVIL ( ) PARECER DO TÉCNICO ( X )

Camacari, _____ de _____ de _____	DESPACHO DA SECRETARIA MUNICIPAL: REQUERIMENTO: DEFERIDO ( ) INDEFERIDO ( )
(ASSINATURA DO REQUERENTE/RESPONSÁVEL) OU IMPRESSÃO	SECRETARIO (A)

PARECER DO TÉCNICO: