



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: <i>Carteira de Identificação do Transtorno Espectivo Autista</i>			
NOME DO DESTINATÁRIO / BENEFICIÁRIO:		SEXO M() F(X)	RG ou CPF
Laura Maria Araujo Santos Vieira de Melo			17593843483
NOME SOCIAL:			
Laura Maria Araujo Santos Vieira de Melo			
NOME DO REQUERENTE / RESPONSÁVEL:		NOME SOCIAL:	SEXO M() F(X)
<i>Rouçiana Santos de Melo</i>		<i>Rouçiana</i>	
ENDEREÇO:		RG ou CPF	
Caminho Porto Seguro, 30		<i>039814354-43</i>	
NÚMERO:	COMPLEMENTO:	TELEFONE PARA CONTATO:	
<i>30</i>	<i>Pasa</i>	5574981254589	
BAIRRO/ DISTRITO:		CEP:	
Gleba C		42807061	
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, *30* de *março* de *2024*

Rouçiana Melo

(ASSINATURA DO REQUERENTE/RESPONSÁVEL) OU IMPRESSÃO

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

SECRETARIO (A)

PARECER DO TÉCNICO: