

10ª CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

Reconstrução do SUAS: O SUAS que temos e o SUAS que queremos

ASSISTÊNCIA SOCIAL É DIREITO INALIENÁVEL DO CIDADÃO E DEVER
INTRANSFERÍVEL DO ESTADO

INSCRIÇÃO DE PARTICIPANTE

Inscrição de Delegado:

Delegado Municipal Delegado Estadual Delegado Distrital Delegado Federal Delegado Nato

Reservado ao CNAS

I - IDENTIFICAÇÃO

1. Número CPF:

2. Nome:

3. Nome Social/Destaque no Crachá:

4. Raça/Cor: Preto/a Pardo/a Branco/a Amarelo/a Indígena Prefiro não informar

5. Data Nascimento:

6. Gênero: Feminino Masculino Outro Prefiro não informar

7. Idade:

8. Faixa Etária/Ciclo de Vida:
 Adolescente (12 a 17 anos)
 Jovem (18 a 29 anos)
 Adulto/a (30 a 59 anos)
 Idoso/a (acima de 60 anos)
 Prefiro não informar

9. Outras especificidades:
 Povos Originários e/ou Comunidades Tradicionais
 Pessoa com deficiência
 Pessoa em situação de rua
 Migrante
 Refugiado/a
 I GRTOIAPN+
 Outro/a: Qual?

10. Escolaridade:
 Ensino Fundamental Incompleto
 Ensino Fundamental Completo
 Ensino Médio Incompleto
 Ensino Médio Completo
 Ensino Superior Incompleto
 Ensino Superior Completo. Curso:
 Pós-Graduação

11. Endereço Residencial:

12. Município: 13. UF: 14. CEP:

15. DDD - Telefone: 16. E-mail:

17. Profissão:

II - REPRESENTAÇÃO

18. Informe o nome do Órgão, Entidade ou o Movimento que atua: 19. Cargo/Função:

20. Município: 21. UF: 22. CEP:

23. DDD - Telefone: 24. E-mail:

25. Representação: Governamental Sociedade Civil

26. Segmento: Entidade Trabalhador Usuário

27. Âmbito: Nacional
 Estadual
 Distrital
 Municipal

28. É Conselheiro/a? Não Sim Qual Conselho? CNAS CEAS CAS/DF CMAS

III - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

29. Restrições alimentares: Sim Não

Necessidade(s)

30. Pessoa com deficiência? Sim Não

31. Deficiência:

Auditiva Intelectual Motora Motora - Cadeirante Múltipla Psicossocial Visual

Necessidade(s)

32. Menor de Idade? Sim Não

33. Precisa de acompanhante? Sim Não

IV - INFORMAÇÕES DO ACOMPANHANTE

Número CPF:

Nome:

Nome Social/Destaque no Crachá:

Endereço Residencial:

Município:

UF:

CEP:

DDD - Telefone:

E-mail:

Raça/Cor: Preto/a Pardo/a Branco/a Amarelo/a Indígena Prefiro não informar

5. Data Nascimento:

Restrições alimentares: Sim Não

Necessidade(s)

Pessoa com deficiência? Sim Não

Deficiência:

Auditiva Intelectual Motora Motora - Cadeirante Múltipla Psicossocial Visual

Necessidade(s)

V - OUTRAS INFORMAÇÕES

Observação: (Utilizar este espaço somente se necessário e com a maior objetividade possível)

10ª CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

Reconstrução do SUAS: O SUAS que temos e o SUAS que queremos

ASSISTÊNCIA SOCIAL É DIREITO INALIENÁVEL DO CIDADÃO E DEVER INTRANSFERÍVEL DO ESTADO

INSCRIÇÃO DE PARTICIPANTE

Inscrição de Delegado:

Delegado Municipal Delegado Estadual Delegado Distrital Delegado Federal Delegado Nato

Reservado ao CNAS

I - IDENTIFICAÇÃO

1. Número CPF: 080.264.877-91

2. Nome: Zilda Ferreira Bressanelli

3. Nome Social/Destaque no Crachá:

4. Raça/Cor: Preto/a Pardo/a Branco/a Amarelo/a Indígena Prefiro não informar 5. Data Nascimento: 19/01/71

6. Gênero: Feminino Masculino Outro Prefiro não informar 7. Idade: 52 8. Faixa Etária/Ciclo de Vida:

9. Outras especificidades:

- Povos Originários e/ou Comunidades Tradicionais
 Pessoa com deficiência
 Pessoa em situação de rua
 Migrante
 Refugiado/a
 I GBTQIAPN+
 Outro/a: Qual?

10. Escolaridade:

- Ensino Fundamental Incompleto
 Ensino Fundamental Completo
 Ensino Médio Incompleto
 Ensino Médio Completo
 Ensino Superior Incompleto
 Ensino Superior Completo. Curso:
 Pós-Graduação

- Adolescente (12 a 17 anos)
 Jovem (18 a 29 anos)
 Adulto/a (30 a 59 anos)
 Idoso/a (acima de 60 anos)
 Prefiro não informar

11. Endereço Residencial: Rua Mário Caetano, n: 101 - Centro

12. Município: São Domingos do Norte 13. UF: ES 14. CEP: 29.745-000

15. DDD - Telefone: 27 99889-0190 16. E-mail: zilda.ferreira.bressanelli@gmail.com

17. Profissão: Funcionária Pública

II - REPRESENTAÇÃO

18. Informe o nome do Órgão, Entidade ou o Movimento que atua:

Centro de Referência de Assistência Social - CRAS

19. Cargo/Função:

Coordenadora

20. Município: São Domingos do Norte 21. UF: ES 22. CEP: 29.745-000

23. DDD - Telefone: 27 3742-1219 24. E-mail: cras.saudomingos@hotmail.com

25. Representação: Governamental

Sociedade Civil

26. Segmento: Entidade Trabalhador Usuário

27. Âmbito: Nacional
 Estadual
 Distrital
 Municipal

28. É Conselheiro/a? Não Sim

Qual Conselho? CNAS CEAS CAS/DF CMAS

III - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

29. Restrições alimentares: Sim Não

Necessidade(s)

Intolerante a lactose

30. Pessoa com deficiência? Sim Não

31. Deficiência:

Auditiva Intelectual Motora Motora - Cadeirante Múltipla Psicossocial Visual

Necessidade(s)

32. Menor de Idade? Sim Não

33. Precisa de acompanhante? Sim Não

IV - INFORMAÇÕES DO ACOMPANHANTE

Número CPF:

Nome:

Nome Social/Destaque no Crachá:

Endereço Residencial:

Município: UF: CEP:

DDD - Telefone: E-mail:

Raça/Cor: Preto/a Pardo/a Branco/a Amarelo/a Indígena Prefiro não informar 5. Data Nascimento:

Restrições alimentares: Sim Não

Necessidade(s)

Pessoa com deficiência? Sim Não

Deficiência:

Auditiva Intelectual Motora Motora - Cadeirante Múltipla Psicossocial Visual

Necessidade(s)

V - OUTRAS INFORMAÇÕES

Observação: (Utilizar este espaço somente se necessário e com a maior objetividade possível)

10ª CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

Reconstrução do SUAS: O SUAS que temos e o SUAS que queremos

**ASSISTÊNCIA SOCIAL É DIREITO INALIENÁVEL DO CIDADÃO E DEVER
INTRANSFERÍVEL DO ESTADO**

INSCRIÇÃO DE PARTICIPANTE

Inscrição de Delegado:

Delegado Municipal Delegado Estadual Delegado Distrital Delegado Federal Delegado Nato

Reservado ao CNAS

I - IDENTIFICAÇÃO

1. Número CPF: 072.956.797-40

2. Nome: GILCILEIA CARLITA MARINO NICCHIO

3. Nome Social/Destaque no Crachá: _____

4. Raça/Cor: Preto/a Pardo/a Branco/a Amarelo/a Indígena Prefiro não informar 5. Data Nascimento: 25/11/76

6. Gênero: Feminino Masculino Outro Prefiro não informar 7. Idade: 46 anos 8. Faixa Etária/Ciclo de Vida:

9. Outras especificidades:

- Povos Originários e/ou Comunidades Tradicionais
- Pessoa com deficiência
- Pessoa em situação de rua
- Migrante
- Refugiado/a
- I GRTOIAPN+ _____
- Outro/a: Qual? _____

10. Escolaridade:

- Ensino Fundamental Incompleto
- Ensino Fundamental Completo
- Ensino Médio Incompleto
- Ensino Médio Completo
- Ensino Superior Incompleto
- Ensino Superior Completo. Curso: _____
- Pós-Graduação

- Adolescente (12 a 17 anos)
- Jovem (18 a 29 anos)
- Adulto/a (30 a 59 anos)
- Idoso/a (acima de 60 anos)
- Prefiro não informar

11. Endereço Residencial: Rua: Francisco Nicchio, n: 12 - Centro

12. Município: São Domingos do Norte 13. UF: E.S 14. CEP: 29.745.000

15. DDD - Telefone: 27 999870611 16. E-mail: leiamarino@hotmail.com

17. Profissão: funcionária pública

II - REPRESENTAÇÃO

18. Informe o nome do Órgão, Entidade ou o Movimento que atua:

Secretaria Municipal de Assistência Social

19. Cargo/Função:

Agente Administrativo

20. Município: São Domingos do Norte 21. UF: E.S 22. CEP: 29.745.000

23. DDD - Telefone: 27 3742-1250 24. E-mail: assistencia.social.sdn@hotmail.com

25. Representação: Governamental

Sociedade Civil

26. Segmento: Entidade Trabalhador Usuário

27. Âmbito: Nacional
 Estadual
 Distrital
 Municipal

28. É Conselheiro/a? Não Sim

Qual Conselho? CNAS CEAS CAS/DF CMAS

III - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

29. Restrições alimentares: Sim Não

Necessidade(s)

30. Pessoa com deficiência? Sim Não

31. Deficiência:

Auditiva Intelectual Motora Motora - Cadeirante Múltipla Psicossocial Visual

Necessidade(s)

32. Menor de Idade? Sim Não

33. Precisa de acompanhante? Sim Não

IV - INFORMAÇÕES DO ACOMPANHANTE

Número CPF:

Nome:

Nome Social/Destaque no Crachá:

Endereço Residencial:

Município: UF: CEP:

DDD - Telefone: E-mail:

Raça/Cor: Preto/a Pardo/a Branco/a Amarelo/a Indígena Prefiro não informar 5. Data Nascimento:

Restrições alimentares: Sim Não

Necessidade(s)

Pessoa com deficiência? Sim Não

Deficiência:

Auditiva Intelectual Motora Motora - Cadeirante Múltipla Psicossocial Visual

Necessidade(s)

V - OUTRAS INFORMAÇÕES

Observação: (Utilizar este espaço somente se necessário e com a maior objetividade possível)

10ª CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

Reconstrução do SUAS: O SUAS que temos e o SUAS que queremos

ASSISTÊNCIA SOCIAL É DIREITO INALIENÁVEL DO CIDADÃO E DEVER

INTRANSFERÍVEL DO ESTADO

INSCRIÇÃO DE PARTICIPANTE

Inscrição de Delegado:

Delegado Municipal Delegado Estadual Delegado Distrital Delegado Federal Delegado Nato

Reservado ao CNAS

I - IDENTIFICAÇÃO

1. Número CPF: 11958.327-19

2. Nome: Roberto Pereira Cabral de Souza

3. Nome Social/Destaque no Crachá:

4. Raça/Cor: Preto/a Pardo/a Branco/a Amarelo/a Indígena Prefiro não informar 5. Data Nascimento: 30/01/86

6. Gênero: Feminino Masculino Outro Prefiro não informar 7. Idade:

9. Outras especificidades:

- Povos Originários e/ou Comunidades Tradicionais
- Pessoa com deficiência
- Pessoa em situação de rua
- Migrante
- Refugiado/a
- I GRTOIAPN+
- Outro/a: Qual?

10. Escolaridade:

- Ensino Fundamental Incompleto
- Ensino Fundamental Completo
- Ensino Médio Incompleto
- Ensino Médio Completo
- Ensino Superior Incompleto
- Ensino Superior Completo. Curso:
- Pós-Graduação

8. Faixa Etária/Ciclo de Vida:

- Adolescente (12 a 17 anos)
- Jovem (18 a 29 anos)
- Adulto/a (30 a 59 anos)
- Idoso/a (acima de 60 anos)
- Prefiro não informar

11. Endereço Residencial: Zona Rural, Quase da mula

12. Município: Itaipava - Pernambuco do Norte 13. UF: ES 14. CEP: 29745-000

15. DDD - Telefone: 27 996159208 16. E-mail: roberto.cabral@Hotmail.com

17. Profissão: Conselheiro Tutelar

II - REPRESENTAÇÃO

18. Informe o nome do Órgão, Entidade ou o Movimento que atua:

Conselheiro Tutelar

19. Cargo/Função:

Conselheiro

20. Município: Itaipava - Pernambuco do Norte 21. UF: ES 22. CEP: 29745-000

23. DDD - Telefone: 27 996159208 24. E-mail: roberto.cabral@Hotmail.com

25. Representação: Governamental

Sociedade Civil

26. Segmento: Entidade Trabalhador Usuário

27. Âmbito:

- Nacional
- Estadual
- Distrital
- Municipal

28. É Conselheiro/a? Não Sim

Qual Conselho? CNAS CEAS CAS/DF CMAS

III - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

29. Restrições alimentares: Sim Não

Necessidade(s)

30. Pessoa com deficiência? Sim Não

31. Deficiência:

Auditiva Intelectual Motora Motora - Cadeirante Múltipla Psicossocial Visual

Necessidade(s)

32. Menor de Idade? Sim Não

33. Precisa de acompanhante? Sim Não

IV - INFORMAÇÕES DO ACOMPANHANTE

Número CPF:

Nome:

Nome Social/Destaque no Crachá:

Endereço Residencial:

Município: UF: CEP:

DDD - Telefone: E-mail:

Raça/Cor: Preto/a Pardo/a Branco/a Amarelo/a Indígena Prefiro não informar 5. Data Nascimento:

Restrições alimentares: Sim Não

Necessidade(s)

Pessoa com deficiência? Sim Não

Deficiência:

Auditiva Intelectual Motora Motora - Cadeirante Múltipla Psicossocial Visual

Necessidade(s)

V - OUTRAS INFORMAÇÕES

Observação: (Utilizar este espaço somente se necessário e com a maior objetividade possível)

10ª CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

Reconstrução do SUAS: O SUAS que temos e o SUAS que queremos

ASSISTÊNCIA SOCIAL É DIREITO INALIENÁVEL DO CIDADÃO E DEVER

INTRANSFERÍVEL DO ESTADO

INSCRIÇÃO DE PARTICIPANTE

Inscrição de Delegado:

Delegado Municipal Delegado Estadual Delegado Distrital Delegado Federal Delegado Nato

Reservado ao CNAS

I - IDENTIFICAÇÃO

1. Número CPF: 08025714764

2. Nome: Rosilene Ramos

3. Nome Social/Destaque no Crachá: _____

4. Raça/Cor: Preto/a Pardo/a Branco/a Amarelo/a Indígena Prefiro não informar 5. Data Nascimento: _____

6. Gênero: Feminino Masculino Outro Prefiro não informar 7. Idade: 43 8. Faixa Etária/Ciclo de Vida:

Adolescente (12 a 17 anos)
 Jovem (18 a 29 anos)
 Adulto/a (30 a 59 anos)
 Idoso/a (acima de 60 anos)
 Prefiro não informar

9. Outras especificidades: Povos Originários e/ou Comunidades Tradicionais
 Pessoa com deficiência
 Pessoa em situação de rua
 Migrante
 Refugiado/a
 I GRTOIAPN+ _____
 Outro/a: Qual? _____

10. Escolaridade: Ensino Fundamental Incompleto
 Ensino Fundamental Completo
 Ensino Médio Incompleto
 Ensino Médio Completo
 Ensino Superior Incompleto
 Ensino Superior Completo. Curso: _____
 Pós-Graduação

11. Endereço Residencial: Corrego São Francisco

12. Município: São Domingos do Norte 13. UF: ES 14. CEP: 29745000

15. DDD - Telefone: 27 948970776 16. E-mail: rosirubin20@gmail.com

17. Profissão: ACS

II - REPRESENTAÇÃO

18. Informe o nome do Órgão, Entidade ou o Movimento que atua: Secretaria de Saúde 19. Cargo/Função: ACS

20. Município: SDN 21. UF: _____ 22. CEP: 29745-000

23. DDD - Telefone: 27 948970776 24. E-mail: rosirubin20@gmail.com

25. Representação: Governamental
 Sociedade Civil 26. Segmento: Entidade Trabalhador Usuário

27. Âmbito: Nacional
 Estadual
 Distrita
 Municipal

28. É Conselheiro/a? Não Sim Qual Conselho? CNAS CEAS CAS/DF CMAS

III - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

29. Restrições alimentares: Sim Não

Necessidade(s)

30. Pessoa com deficiência? Sim Não

31. Deficiência:

Auditiva Intelectual Motora Motora - Cadeirante Múltipla Psicossocial Visual

Necessidade(s)

32. Menor de Idade? Sim Não

33. Precisa de acompanhante? Sim Não

IV - INFORMAÇÕES DO ACOMPANHANTE

Número CPF:

Nome:

Nome Social/Destaque no Crachá:

Endereço Residencial:

Município: UF: CEP:

DDD - Telefone: E-mail:

Raça/Cor: Preto/a Pardo/a Branco/a Amarelo/a Indígena Prefiro não informar 5. Data Nascimento:

Restrições alimentares: Sim Não

Necessidade(s)

Pessoa com deficiência? Sim Não

Deficiência:

Auditiva Intelectual Motora Motora - Cadeirante Múltipla Psicossocial Visual

Necessidade(s)

V - OUTRAS INFORMAÇÕES

Observação: (Utilizar este espaço somente se necessário e com a maior objetividade possível)

10ª CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

Reconstrução do SUAS: O SUAS que temos e o SUAS que queremos

ASSISTÊNCIA SOCIAL É DIREITO INALIENÁVEL DO CIDADÃO E DEVER

INTRANSFERÍVEL DO ESTADO

INSCRIÇÃO DE PARTICIPANTE

Inscrição de Delegado:

Delegado Municipal Delegado Estadual Delegado Distrital Delegado Federal Delegado Nato

Reservado ao CNAS

I - IDENTIFICAÇÃO

1. Número CPF: 080242577-18

2. Nome: Jânia Brazillino da Cruz Silva

3. Nome Social/Destaque no Crachá: _____

4. Raça/Cor: Preto/a Pardo/a Branco/a Amarelo/a Indígena Prefiro não informar 5. Data Nascimento: 05/12/77

6. Gênero: Feminino Masculino Outro Prefiro não informar 7. Idade: 45 8. Faixa Etária/Ciclo de Vida:

9. Outras especificidades:

- Povos Originários e/ou Comunidades Tradicionais
 Pessoa com deficiência
 Pessoa em situação de rua
 Migrante
 Refugiado/a
 I GBTQIAPN+ _____
 Outro/a: Qual? _____

10. Escolaridade:

- Ensino Fundamental Incompleto
 Ensino Fundamental Completo
 Ensino Médio Incompleto
 Ensino Médio Completo
 Ensino Superior Incompleto
 Ensino Superior Completo. Curso: _____
 Pós-Graduação

- Adolescente (12 a 17 anos)
 Jovem (18 a 29 anos)
 Adulto/a (30 a 59 anos)
 Idoso/a (acima de 60 anos)
 Prefiro não informar

11. Endereço Residencial: Rua II

12. Município: São Domingos do Norte 13. UF: ES 14. CEP: 29745-000

15. DDD - Telefone: 27 99748-1996 16. E-mail: janina.brazillino@gmail.com

17. Profissão: auxiliar de secretaria escolar

II - REPRESENTAÇÃO

18. Informe o nome do Órgão, Entidade ou o Movimento que atua: Educação 19. Cargo/Função: ASE

20. Município: São Domingos do Norte 21. UF: ES 22. CEP: 29745-000

23. DDD - Telefone: 27 99748-1996 24. E-mail: janina.brazillino@gmail.com

25. Representação: Governamental Sociedade Civil 26. Segmento: Entidade Trabalhador Usuário 27. Âmbito: Nacional Estadual Distrital Municipal

28. É Conselheiro/a? Não Sim Qual Conselho? CNAS CEAS CAS/DF CMAS

III - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

29. Restrições alimentares: Sim Não

Necessidade(s)

30. Pessoa com deficiência? Sim Não

31. Deficiência:

Auditiva Intelectual Motora Motora - Cadeirante Múltipla Psicossocial Visual

Necessidade(s)

32. Menor de Idade? Sim Não

33. Precisa de acompanhante? Sim Não

IV - INFORMAÇÕES DO ACOMPANHANTE

Número CPF:

Nome:

Nome Social/Destaque no Crachá:

Endereço Residencial:

Município: UF: CEP:

DDD - Telefone: E-mail:

Raça/Cor: Preto/a Pardo/a Branco/a Amarelo/a Indígena Prefiro não informar 5. Data Nascimento:

Restrições alimentares: Sim Não

Necessidade(s)

Pessoa com deficiência? Sim Não

Deficiência:

Auditiva Intelectual Motora Motora - Cadeirante Múltipla Psicossocial Visual

Necessidade(s)

V - OUTRAS INFORMAÇÕES

Observação: (Utilizar este espaço somente se necessário e com a maior objetividade possível)