

FOLHA RESUMO CADASTRO ÚNICO

I - INFORMAÇÕES RELATIVAS AO CADASTRO DA FAMÍLIA

1.01 Código familiar: 7381682460

1.10 Data da entrevista: 24/07/2025

REND A PER CAPITA DA FAMÍLIA: R\$0,00

II - ENDEREÇO DA FAMÍLIA

1.11 - Localidade: JARDIM MARIA CRISTINA

1.12 - Tipo: RUA

1.13 - Título:

1.14 - Nome: JOSE JOAO RONDELLO

1.15 - Número: 0000000000000161

1.16 - Complemento do Número:

1.17 - Complemento Adicional:

1.18 - Cep: 18076600

1.20 - Referência para Localização:

III - COMPONENTES DA FAMÍLIA

RESPONSÁVEL FAMILIAR

4.02 - Nome Completo: DJALMA DUTRA DA TRINDADE

5.02 - CPF: 068.988.868-60

4.08 - Data de Nascimento: 25/01/1966

Local e Data

Assinatura do Responsável pela Unidade Familiar (RUF)

Assinatura do Entrevistador/Responsável pelo Cadastramento

Caso o RF não saiba assinar, o entrevistador registrará a expressão "A ROGO" e, a seguir, o nome do RF.

(A ROGO é a expressão jurídica utilizada para indicar que a identificação, substituindo a assinatura, foi delegada a outra pessoa.)

Recebimento do comprovante de prestação de informações

Eu, Djalma Dutra da Trindade,
afirmo que recebi o comprovante de prestação de informações deste formulário.

Sorocaba Local 24/07/2025 Data
Djalma Dutra da Trindade Assinatura



COMPROVANTE DE PRESTAÇÃO DE INFORMAÇÕES		
Governo Federal Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome Secretaria de Avaliação, Gestão da Informação e Cadastro Único		Formulário Principal de Cadastramento
Declaro, sob as penas da lei (Art. 299 do Código Penal), que as declarações contidas neste formulário correspondem à verdade e comprometo-me a procurar a gestão municipal para atualizá-las sempre que houver mudanças em relação às informações prestadas por mim nesta entrevista ou, no máximo, em até dois anos da data desta entrevista.		
Nome <u>DJALMA DUTRA DA TRINDADE</u>		
<u>068.988.868</u> Identificação (CPF)	<u>60</u>	<u>1419231101</u> - <u>32</u> Identificação (Título do Eleitor)
<u>Djalma Dutra da Trindade</u> Assinatura do Responsável pela Unidade Familiar		
Nome do município <u>SOROCABA/SP</u>		
Código familiar <u>7381682460</u>	Data da entrevista <u>24</u> <u>7</u> <u>2025</u> Dia Mês Ano	Entrevistador <u>509.874.XXX</u> - <u>12</u> Identificação (CPF)
Modalidade da operação Inclusão ☒ Alteração	Telefone do órgão responsável _____	<u>Valley B. Siqueira</u> Assinatura do entrevistador

ANEXO II – Ficha de Exclusão de Pessoa

Código domiciliar ou código familiar: 07381682460

NIS do Responsável pela Unidade Familiar (RF): 12038079031

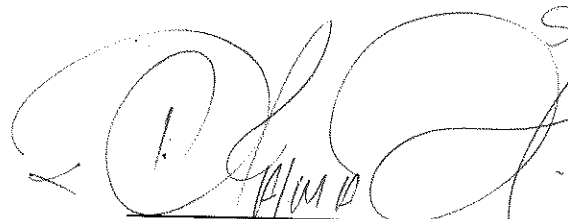
Data da exclusão: 24 / 07 / 2025

Nome da Pessoa: Jarolirine Rocha Dutra de Trindade

NIS de Pessoa: 12448000095

Motivo da exclusão:

- () Falecimento da pessoa
- ☒ Desligamento da pessoa da família em que está cadastrada
- () Solicitação da pessoa
- () Decisão judicial

 Seropóba, 24/07/2025
(Local), (data)

Assinatura do Responsável pela Unidade Familiar (RF)


Assinatura do entrevistador

Assinatura do responsável pelo cadastramento

Caso o RF não saiba assinar, o entrevistador registrará a expressão "A ROGO" e, a seguir, o nome do RF.

(A ROGO é a expressão jurídica utilizada para indicar que a identificação, substituindo a assinatura, foi delegada a outra pessoa)

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, DJALMA DUTRA DA TRINDADE, CPF 068.988.868-60, ou Título de Eleitor 141923110132, declaro, sob as penas da lei, que moro sem nenhuma outra pessoa de minha família no domicílio de endereço JARDIM MARIA CRISTINA - RUA JOSE JOAO RONDELLO 161 - CEP: 18076600 - SOROCABA - SP indicado no Cadastro Único.

Declaro ter certeza de que:

1 - É crime de falsidade ideológica, de acordo com o art. 299 do Código Penal, deixar de declarar informações ou prestar informações falsas para o Cadastro Único, com o objetivo de participar ou de se manter no Programa Bolsa Família ou em qualquer outro programa social.

2 - É de responsabilidade do Responsável pela Unidade Familiar apresentar dados referentes a TODAS as pessoas da sua família, conforme art. 3º, inciso I, do Decreto nº 11.016, de 29 de março de 2022.

3 - A qualquer tempo poderei ser convocado pelo município ou por órgãos federais de controle e fiscalização, para avaliar se as informações que prestei ao Cadastro Único estão de acordo com a realidade.

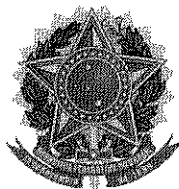
4 - A prestação de informações falsas ao Programa Bolsa Família é motivo de cancelamento do benefício, e pode gerar processo administrativo para ressarcimento dos valores recebidos indevidamente, nos termos do art. 18 da Medida Provisória nº 1.164, de 2 de março de 2023. Pode também ocasionar processo penal e cível nos termos da legislação geral brasileira.

SOROCABA/SP

24/7/2025

Local e data

Assinatura do(a) Responsável pela Unidade Familiar



Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome
Secretaria de Avaliação, Gestão da Informação e Cadastro Único

Comprovante de cadastro

Sua família está cadastrada no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal!

Dados da família

Código familiar	Data de cadastro	Última atualização	Limite para atualização
7381682460	10/08/2022	24/07/2025	24/07/2027
Cadastro atualizado	Faixa de renda familiar total	Faixa de renda familiar por pessoa (per capita)	
SIM	Até meio salário mínimo	Até R\$ 105,00	

Município de cadastramento

SOROCABA/SP

Endereço

JARDIM MARIA CRISTINA - RUA JOSE JOAO RONDELLO 161 - CEP: 18076600

Integrantes da família

Nome	CPF	Data de nascimento	NIS, PIS ou PASEP	Estado cadastral	Parentesco com o RF
DJALMA DUTRA DA TRINDADE	068.988.868-60	25/01/1966	12038079031	Cadastrado	Pessoa Responsável pela Unidade Familiar - RF

Autenticidade

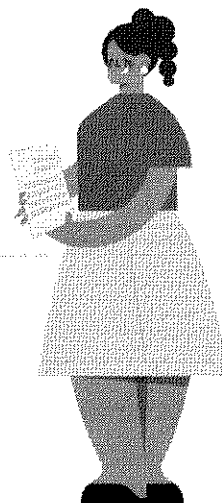
A autenticidade poderá ser confirmada informando
a chave de segurança no site do Ministério do
Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate
à Fome

<https://cadunico.dataprev.gov.br/#/validacao-comprovante>

Chave de segurança

q7dY.fMhS.fKZd.M5gZ

Consulta realizada em **24/07/2025** às **08:55:35**





RESUMO DE ALTA HOSPITALAR

1ª Via do(a) Paciente e 2ª Via do Prontuário

Tipo de alta:

(☒) Domiciliar () Transferência () A pedido () Evasão () Óbito () Desistência de tratamento

Diagnóstico de entrada: **TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR REVERTIDA**

Diagnóstico de saída: _____

Diagnóstico Secundário: **PROTESE METALICA AORTICA , HAS**

Procedimentos Realizados: **ECO, AVALIAÇÃO ORTOPEDIA**

**Orientações
Enfermagem**

Entrega de receita médica: () sim () não

Atestados/laudos () sim () não

Entrega de exames: () sim () não

Encaminhamentos e retornos () sim () não

Observações: _____

**Orientações
e Receita**

- DIETA SAUDAVEL

- MANTER REPOUSO

**- MANTER MEDICAÇÕES DE USO
PRÉVIO**

**- MANTER ACOMPANHAMENTO
AMBULATORIAL COM CARDIO**

Data ____/____/____

COREN

Data **21/08/2020**

CRM