

FOLHA RESUMO CADASTRO ÚNICO

I - INFORMAÇÕES RELATIVAS AO CADASTRO DA FAMÍLIA

1.01 Código familiar: 4528298368 1.10 Data da entrevista: 08/12/2025
RENDIA PER CAPITA DA FAMÍLIA: R\$0,00

II - ENDEREÇO DA FAMÍLIA

1.11 - Localidade: CENTRO
1.12 - Tipo: RUA 1.13 - Título:
1.14 - Nome: ATALIBA RAMOS
1.15 - Número: 1417 1.16 - Complemento do Número: CASA DO FUNDO
1.17 - Complemento Adicional:
1.18 - Cep: 79760013 1.20 - Referência para Localização:

III - COMPONENTES DA FAMÍLIA

RESPONSÁVEL FAMILIAR			
4.02 - Nome Completo:	JAQUELINE APARECIDA FERREIRA DA SILVA		
5.02 - CPF:	063.353.241-05	4.08 - Data de Nascimento:	04/11/1994
4.07 - Parentesco com Responsável	Filho(a)		
4.02 - Nome Completo:	NATHALIA KETLEN DA SILVA CUSTODIO		
5.02 - CPF:	101.927.201-55	4.08 - Data de Nascimento:	15/03/2013
4.07 - Parentesco com Responsável	Filho(a)		
4.02 - Nome Completo:	SAMUEL HIKARO FERREIRA DE SOUZA		
5.02 - CPF:	103.065.981-83	4.08 - Data de Nascimento:	27/03/2015

Bataypora 27/03/2026
Local e Data

Assinatura do Responsável pela Unidade Familiar (RUF)

[Assinatura]
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.)





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
4528298368	11/05/2016	08/12/2025	08/12/2027

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

BATAYPORA/MS

Endereço

CENTRO - RUA ATALIBA RAMOS 1417, CASA DO FUNDO - CEP. 79760013

Integrantes da família

Nome	CPF	Data de nascimento	NIS, PIS ou PASEP	Estado cadastral	Parentesco com o RF
JAQUELINE APARECIDA FERREIRA DA SILVA	063.353.241-05	04/11/1994	20671234956	Cadastrado	Pessoa Responsável pela Unidade Familiar - RF
NATHALIA KETLEN DA SILVA CUSTODIO	101.927.201-55	15/03/2013	23743865269	Cadastrado	Filho(a)
SAMUEL HIKARO FERREIRA DE SOUZA	103.065.981-83	27/03/2015	23743865277	Cadastrado	Filho(a)

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

h4NO.VmZv.pZy7.07pR

Consulta realizada em **27/03/2026** às **09:05:12**



RELATÓRIO DE TFD PARA SOLICITAÇÃO DE AJUDA DE CUSTO
(informações mínimas necessárias)

Informamos que o (a) paciente: SAMUEL HIKARO FERREIRA DE SOUZA foi atendido (a) neste estabelecimento de saúde, pelo Sistema Único de Saúde (SUS), conforme abaixo:

O atendimento foi: Ambulatorial () Hospitalar (X) Ambos ()

Data/período do atendimento ambulatorial: _____

Data/período da internação hospitalar: 21/01 a 31/01

Se houve internação, o acompanhante permaneceu junto ao paciente durante esse período, no Hospital?

Sim (x) Não ()

A(s) área(s)/especialidade(s) envolvida(s) no atendimento foram: _____

Município/UF e data: CURITIBA / Pr 31/ 01/ 2026

Keit Teles da Silva

Assistente Social

CRESS-17028-11ª Região

Carimbo e Assinatura do (a) Assistente Social

Telefone/E-mail

keit.silva@hpp.org.br

(41) 98879 5039

Cidriano de Souza

Assinatura do Paciente/Responsável

OBS: Este Relatório deverá ser enviado à Gerência do TFD/MS, com a finalidade de comprovar o TFD e solicitar Ajuda de Custo.

Se necessário, entrar em contato com a Gerência de TFD/SES/MS: Telefone (67) 3378-3540, FAX (67) 3378-3568 e e-mail tfd@saude.ms.gov.br

Para uso da Gerência do TFD/MS:

Nº de dias para concessão de Ajuda de Custo ao paciente: _____

Nº de dias para concessão de Ajuda de Custo ao acompanhante: _____

Data: 19/03/26

Carimbo/Assinatura do Médico Autorizador /CNS



ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR DE PROTEÇÃO À INFÂNCIA DR. RAUL CARNEIRO
Complexo Pequeno Príncipe

Hospital Pequeno Príncipe / Hospital de Crianças César Pernetta / Faculdades Pequeno Príncipe / Instituto de Pesquisa Pelé Pequeno Príncipe
Rua Desembargador Motta, 1.070 • CEP 80.250-060 • Água Verde • Curitiba • PR • tel.: + 55 41 3310.1010



Assinado com senha por LUDIMILA MOURÃO MICHELINI - ASSESSOR GESTÃO EM COMPRAS / DCSMS e LETICIA RODRIGUES SANCHES - SECRETARIA MUNICIPAL / SMS.
Data: 30/03/2026 11:02:26 - Documento Nº: 194645-1259 - consulta à autenticidade em <https://siga.bataypora.ms.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=194645-1259>



BADIC202616667