##### **TÍTULO DO SERVIÇO**

***AUXILIO NATALIDADE***

# ****Possui Agendamento Prévio?****

# **( ) SIM ( X )NÃO**

# ****Como é realizado o agendamento?****

# **Busca ativa e demanda espontanea e emcaminhamento atravez da saude**

# *****Prazo para primeiro atendimento*****

# **Conforme demanda**

# *****Documentação necessária:*****

# **Ser usuario da Assistencia**

# **Cadastro no CRAS**

# *****Taxas:*****

# **NÃO**

|  |  |
| --- | --- |
| ***Endereço para solicitação de serviços:*** |  |
| SECRETARIA DE ASSISTENCIA SOCIAL  Rua Independência N° 1703 ( próximo a polícia civil), Centro, Itaipulândia – PR CEP: 85880-000 |  |
|  |  |

# *Telefone:*

# (45) 3559-2024.

# *Horário de atendimento*:

# Segundas-feira à sextas-feira das 7:30 ás 11:30, das 13:00 às 17:00 hs

# *E-mail:*

# assistenciaitaipulandia@hotmail.com

# Acessibilidade:

# ( X )SIM ( ) NÃO

**Obs:**

Lei Municipal N° 1766/2019