##### **TÍTULO DO SERVIÇO**

***PROTEÇÃO BASICA/CRAS – CENTRO DE REFERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL***

# SERVIÇO DE CONVIVÊNCIA E FORTALECIMENTO DE VÍNCULOS COM GESTANTES (Encontros quinzenais de orientação com gestantes).

# ****Possui Agendamento Prévio?****

# **( ) SIM ( X )NÃO**

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

#  **Busca ativa e demanda espontanea**

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

# **Conforme demanda**

# *****Documentação necessária:*****

# **Ser usuario da Assistencia**

# **Cadastro no CRAS**

# ****Para cadastro**:**

# CPF, RG, TITULO DE ELEITOR, CARTEIRA DE TRABALHO e COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA

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

# **NÃO**

|  |  |
| --- | --- |
| ***Endereço para solicitação de serviços:*** |   |
| CRAS Av. Torres N° 1642 (em frente a polícia civil), Centro, Itaipulândia – PR CEP: 85880-000  |  |
|  |  |

# *Telefone:*

# (45) 3559-1352

# *Horário de atendimento*:

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

# *E-mail:*

# crasitaipulandia@hotmail.com

# Acessibilidade:

# ( X )SIM ( ) NÃO

Obs: