



## Registro Simplificado do Acompanhamento

Nº	Data de Atendimento	Descrição Sumária	Nome do Técnico Responsável
1	--/~/----		
2	--/~/----		
3	--/~/----		
4	--/~/----		
5	--/~/----		
6	--/~/----		
7	--/~/----		
8	--/~/----		
9	--/~/----		
10	--/~/----		
11	--/~/----		
12	--/~/----		
13	--/~/----		
14	--/~/----		
15	--/~/----		
16	--/~/----		
17	--/~/----		
18	--/~/----		
19	--/~/----		
20	--/~/----		
21	--/~/----		
22	--/~/----		
23	--/~/----		
24	--/~/----		
25	--/~/----		
26	--/~/----		
27	--/~/----		
28	--/~/----		
29	--/~/----		
30	--/~/----		
31	--/~/----		
32	--/~/----		
33	--/~/----		
34	--/~/----		
35	--/~/----		
36	--/~/----		
37	--/~/----		
38	--/~/----		
39	--/~/----		
40	--/~/----		
41	--/~/----		
42	--/~/----		
43	--/~/----		
44	--/~/----		
45	--/~/----		
46	--/~/----		
47	--/~/----		
48	--/~/----		
49	--/~/----		
50	--/~/----		

## **Prezado(a) Profissional, leia com atenção esta página antes de iniciar o uso desse instrumento**

*Após a leitura, destaque esta página para facilitar o manuseio do Prontuário*

O Prontuário SUAS é um instrumento técnico que tem como objetivo contribuir para a organização e qualificação do conjunto de informações necessárias ao diagnóstico, planejamento e acompanhamento do trabalho social realizado com as famílias/indivíduos. Permite aos profissionais da Unidade registrar as principais características da família e as ações realizadas com a mesma, preservando assim todo o histórico de relacionamento da família com os serviços da Unidade. A sua Unidade recebeu o *Manual de Instruções para utilização do Prontuário SUAS*, leia-o com atenção e consulte-o sempre que achar necessário.

As anotações realizadas no Prontuário devem ser efetuadas de forma gradativa, seguindo o fluxo próprio dos atendimentos no decorrer do processo de acompanhamento familiar. É importante notar que o aspecto central e mais importante desse instrumento é possibilitar o registro organizado de informações relativas ao processo de acompanhamento da família. Dessa maneira, o Prontuário é, sobretudo, um instrumento para realizar anotações sobre riscos, vulnerabilidades e potencialidades da família, e sobre o planejamento e evolução do processo de acompanhamento. Isso significa que esse instrumento nunca deve ser utilizado como um “questionário” a ser aplicado ao usuário. Toda informação anotada/registrada (inclusive dos campos fechados) deve ser fruto do processo natural de diálogo e de escuta qualificada que são próprios do trabalho social com as famílias.

Para as famílias já inseridas no Cadastro Único de Programas Sociais, algumas informações socioeconômicas do domicílio e das pessoas já foram coletadas por profissionais do próprio município, portanto sugere-se que o formulário do CadÚnico seja impresso e anexado ao Prontuário, dispensando assim a duplicação de esforços na obtenção e registro das mesmas informações. No caso de famílias que ainda não estejam cadastradas, mas que tenham perfil CadÚnico (renda familiar per capita até ½ salário mínimo, ou renda familiar total até 3 salários mínimos) deve-se sempre providenciar o cadastramento da mesma.

Por fim, lembre-se sempre de que esse Prontuário contém informações pessoais e sigilosas. As anotações e a leitura de seu conteúdo devem ser realizadas apenas pela equipe de referência da Unidade, e exclusivamente para as ações pertinentes ao atendimento e acompanhamento da família. Os Prontuários devem guardados em local seguro e de acesso restrito (armário ou arquivo com chave em sala que não seja de acesso público).



Data de Abertura do Prontuário: |\_|\_| / |\_|\_| / |\_|\_|\_|\_|

## Identificação da Pessoa de Referência e Endereço da Família

Nome Completo da Pessoa de Referência: \_\_\_\_\_  
Apelido (caso seja relevante): \_\_\_\_\_  
Nome da mãe: \_\_\_\_\_  
NIS da Pessoa de Referência: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| CPF: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|  
RG: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| Órgão: \_\_\_\_\_ UF: |\_|\_| Data de emissão: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Endereço (Rua, Av.): \_\_\_\_\_  
Número: \_\_\_\_\_ Complemento: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
Município: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ CEP: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|-|\_|\_|\_|\_|  
Ponto de Referência: \_\_\_\_\_  
Telefones de Contato: \_\_\_\_\_  
Localização do Domicílio: |\_|\_| Urbano |\_|\_| Rural ( ) Assinale caso o endereço seja de um Abrigo

**ATUALIZAÇÃO DO ENDEREÇO** Data de atualização: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Endereço (Rua, Av.): \_\_\_\_\_  
Número: \_\_\_\_\_ Complemento: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
Município: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ CEP: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|-|\_|\_|\_|\_|  
Ponto de Referência: \_\_\_\_\_  
Telefones de Contato: \_\_\_\_\_  
Localização do Domicílio: |\_|\_| Urbano |\_|\_| Rural ( ) Assinale caso o endereço seja de um Abrigo

## Forma de ingresso na unidade e motivo do primeiro atendimento

De que forma a família (ou membro da família) acessou a Unidade para o primeiro atendimento?

- Por demanda espontânea  
 Em decorrência de Busca Ativa realizada pela equipe da unidade  
 Em decorrência de encaminhamento realizado por outros serviços/unidades da Proteção Social Básica  
 Em decorrência de encaminhamento realizado por outros serviços/unidades da Proteção Social Especial  
 Em decorrência de encaminhamento realizado pela área de Saúde  
 Em decorrência de encaminhamento realizado pela área de Educação  
 Em decorrência de encaminhamento realizado outras políticas setoriais  
 Em decorrência de encaminhamento realizado pelo Conselho Tutelar  
 Em decorrência de encaminhamento realizado pelo Poder Judiciário  
 Em decorrência de encaminhamento realizado pelo Sistema de Garantia de Direitos (Defensoria Pública, Ministério Público, Delegacias)  
 Outros encaminhamentos

Sempre que o acesso for decorrente de algum encaminhamento, identifique detalhadamente o Nome e Contato do órgão/unidade que encaminhou o usuário: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Quais as razões, demandas ou necessidades que motivaram este primeiro atendimento?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Assinale abaixo caso a família, ou algum de seus membros, seja beneficiária de algum dos seguintes Programas Sociais:

Bolsa Família     BPC     PETI     Outro(s) Programa(s) prioritário(s): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Composição Familiar

(Data da Anotação: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_)

Nº de Ordem	Nome Completo (Sempre começar a lista pela Pessoa de Referência)	Sexo	Data de Nascimento	Idade	* Parentesco com a pessoa de Referência	Assinale em caso de Pessoa com Deficiência	** Assinale caso seja identificada necessidade de providenciar documentação civil da pessoa
1		( )M ( )F	___/___/_____			( )	_ _ CN  _ RG  _ CTPS  _ CPF  _ TE
2		( )M ( )F	___/___/_____			( )	_ _ CN  _ RG  _ CTPS  _ CPF  _ TE
3		( )M ( )F	___/___/_____			( )	_ _ CN  _ RG  _ CTPS  _ CPF  _ TE
4		( )M ( )F	___/___/_____			( )	_ _ CN  _ RG  _ CTPS  _ CPF  _ TE
5		( )M ( )F	___/___/_____			( )	_ _ CN  _ RG  _ CTPS  _ CPF  _ TE
6		( )M ( )F	___/___/_____			( )	_ _ CN  _ RG  _ CTPS  _ CPF  _ TE
7		( )M ( )F	___/___/_____			( )	_ _ CN  _ RG  _ CTPS  _ CPF  _ TE
8		( )M ( )F	___/___/_____			( )	_ _ CN  _ RG  _ CTPS  _ CPF  _ TE
9		( )M ( )F	___/___/_____			( )	_ _ CN  _ RG  _ CTPS  _ CPF  _ TE
10		( )M ( )F	___/___/_____			( )	_ _ CN  _ RG  _ CTPS  _ CPF  _ TE
11		( )M ( )F	___/___/_____			( )	_ _ CN  _ RG  _ CTPS  _ CPF  _ TE
12		( )M ( )F	___/___/_____			( )	_ _ CN  _ RG  _ CTPS  _ CPF  _ TE
13		( )M ( )F	___/___/_____			( )	_ _ CN  _ RG  _ CTPS  _ CPF  _ TE
14		( )M ( )F	___/___/_____			( )	_ _ CN  _ RG  _ CTPS  _ CPF  _ TE

\* **Códigos de Parentesco:** 1-Pessoa de Referência; 2-Cônjuge/ companheiro(a); 3-Filho(a); 4-Enteado(a); 5-Sobrinho(a); 6-Pai/ Mãe; 7-Sogra(a); 8-Neto(a), Bisneto(a); 9-Irmão/irmã; 10-Cunhado(a); 11-Outro parente; 12-Não parente

\*\* **Documentação:** CN=Certidão de Nascimento RG= Carteira de Identidade CTPS=Carteira de Trabalho e Previdência social CPF=Cadastro de Pessoa Física TE= Título de Eleitor

**Atenção:** Caso necessite excluir uma pessoa da composição familiar (separação/divisão da família, óbito etc) marque um "X" sobre o número de ordem e realize na página ao lado as observações relativas à data e motivo da exclusão.

### Perfil Etário do Grupo Familiar

Faixas Etárias	Qtd de Pessoas
Pessoas de 0 a 6 anos	
Pessoas de 7 a 14 anos	
Pessoas de 15 a 17 anos	
Pessoas de 18 a 29 anos	
Pessoas de 30 a 59 anos	
Pessoas de 60 a 64 anos	
Pessoas de 65 a 69 anos	
Pessoas com 70 anos ou mais	
<b>Total de Pessoas na Família</b>	

### Especificidades sociais, étnicas ou culturais da família

Família/pessoa em situação de rua

Família quilombola

Família ribeirinha

Família Cigana-

Família indígena residente em aldeia/reserva

Especifique o povo/etnia: \_\_\_\_\_

Família indígena não residente em aldeia/reserva

Especifique o povo/etnia: \_\_\_\_\_



**Condições Habitacionais da Família** (Não se aplica a famílias/pessoas residentes em abrigos ou em situação de rua)

Características do Domicílio	Marque o item correspondente	Utilize para atualização do domicílio
<b>a. Tipo de residência</b>		
Própria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alugada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Cedida</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Ocupada</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>b. Material das paredes externas do domicílio</b>		
Alvenaria ou madeira aparelhada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Madeira aproveitada, taipa ou outros materiais precários	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>b. Acesso a Energia elétrica</b>		
Sim, com Medidor próprio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sim, com Medidor compartilhado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sim, sem medidor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não possui Energia Elétrica no domicílio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>d. Possui água canalizada</b>		
Sim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Não</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>e. Forma de abastecimento de água</b>		
Rede geral de distribuição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poço ou nascente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Cisterna de captação de águas de chuva</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Carro pipa</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Outra</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>f. escoamento sanitário</b>		
Rede coletora de esgoto ou pluvial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fossa séptica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Fossa rudimentar</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Direto para vala, rio, lago ou mar</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Domicílio sem banheiro</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>g. Coleta de lixo</b>		
Sim, coleta Direta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sim, coleta Indireta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Não possui coleta</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>h. Qual o número total de cômodos do domicílio</b>		
Número de Cômodos	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>i. Qual o nº de cômodos utilizados como dormitório</b>		
Número de dormitórios	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>j. Quanto é nº de pessoas do domicílio dividido pelo nº de dormitórios ?</b>		
<i>Número médio de pessoas por dormitório</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>k. O domicílio está localizado em área de risco de desabamento ou alagamento?</b>		
<i>Sim</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Não</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>l. O domicílio está localizado em área difícil acesso geográfico?</b>		
<i>Sim</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Não</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>m. O domicílio está localizado em área com forte presença de conflito/violência?</b>		
<i>Sim</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Não</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Data da Anotação: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_      \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_







## Condições de Trabalho e Rendimentos da Família

Data da Primeira Anotação: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Data de Atualização: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Data de Atualização: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nº de Ordem	Primeiro Nome (Liste as pessoas obedecendo sempre o mesmo nº de Ordem)	Idade	Possui Carteira de Trabalho?	Condição de Ocupação			Possui qualificação profissional?	Caso sim, qual?	Renda Mensal (R\$) <i>Aqui não devem ser considerados recursos recebidos de Programas Sociais, tais com BPC ou Bolsa Família</i>		
				1ª Anotação	Atualização	Atualização			1ª Anotação	Atualização	Atualização
1			( ) S ( ) N				( ) S ( ) N				
2			( ) S ( ) N				( ) S ( ) N				
3			( ) S ( ) N				( ) S ( ) N				
4			( ) S ( ) N				( ) S ( ) N				
5			( ) S ( ) N				( ) S ( ) N				
6			( ) S ( ) N				( ) S ( ) N				
7			( ) S ( ) N				( ) S ( ) N				
8			( ) S ( ) N				( ) S ( ) N				
9			( ) S ( ) N				( ) S ( ) N				
10			( ) S ( ) N				( ) S ( ) N				
11			( ) S ( ) N				( ) S ( ) N				
12			( ) S ( ) N				( ) S ( ) N				
13			( ) S ( ) N				( ) S ( ) N				
14			( ) S ( ) N				( ) S ( ) N				

**Códigos da Condição de Ocupação:** 0 – Não Trabalha; 1 – Desempregado ; 2 – Conta própria/autônomo/bico; 3 – Empregado com Carteira; 4 – Empregado sem Carteira; 5 – Empregador; 6 – Estagiário/Aprendiz

**Renda total da família:** *(Sem considerar a renda recebida de programas sociais)*

R\$ \_\_\_\_\_ Atualizações: R\$ \_\_\_\_\_ / R\$ \_\_\_\_\_

**Renda familiar per capita** *(Sem considerar a renda recebida de programas sociais)*

R\$ \_\_\_\_\_ Atualizações: R\$ \_\_\_\_\_ / R\$ \_\_\_\_\_

**A família recebe dinheiro de algum Programa Social?**

Não  Sim

**Anote o valores recebidos pela família por meio de Programas Sociais**

Bolsa Família - Valor: R\$ \_\_\_\_\_ Atualizações: R\$ \_\_\_\_\_ R\$ \_\_\_\_\_

BPC - Valor: R\$ \_\_\_\_\_ Atualizações: R\$ \_\_\_\_\_ R\$ \_\_\_\_\_

PETI - Valor: R\$ \_\_\_\_\_ Atualizações: R\$ \_\_\_\_\_ R\$ \_\_\_\_\_

Outros - Valor R\$ \_\_\_\_\_ Atualizações: R\$ \_\_\_\_\_ R\$ \_\_\_\_\_

**Para famílias que recebem o BPC, indique o número de ordem da(s) pessoa(s)**

**Beneficiária(s):** Nº de Ordem da(s) pessoa(s): \_\_\_\_\_

**Algum membro da família é aposentado ou pensionista?**

Não  Sim. Se sim, indique o nº de ordem da(s) pessoa(s): \_\_\_\_\_

**Qual a renda total da família, incluindo o valor recebido de programas sociais?**

R\$ \_\_\_\_\_ Atualizações: R\$ \_\_\_\_\_ / R\$ \_\_\_\_\_

**Qual a Renda familiar per capita, incluindo o valor recebido de programas sociais?**

R\$ \_\_\_\_\_ Atualizações: R\$ \_\_\_\_\_ / R\$ \_\_\_\_\_

**Atenção!** Fique atento para identificar famílias potencialmente elegíveis aos programas de transferência de renda e que ainda não recebem o benefício ao qual têm direito.



## Condições de Saúde da Família

Caso haja presença de pessoa com deficiência na família, preencha o quadro abaixo:

Nº de Ordem	Primeiro Nome	*Tipo(s) de deficiência(s)	Necessita de cuidados constantes de outra pessoa	Quem é o responsável pelo cuidado
			( )Sim ( )Não	
			( )Sim ( )Não	
			( )Sim ( )Não	
			( )Sim ( )Não	
			( )Sim ( )Não	

\* Tipos de deficiência: 1. Deficiência visual    2. Deficiência auditiva    3. Deficiência física    4. Deficiência mental ou intelectual  
5. Síndrome de Down    6. Transtorno/doença mental    7. Deficiências múltiplas

A família possui algum integrante que, devido à envelhecimento ou doença, necessite de cuidados constantes de outra pessoa para realizar atividades básicas, tais como, tomar banho, alimentar-se, ficar só em casa, locomover-se dentro de casa etc.?

Não     Sim.

Caso sim, registre o Nº de Ordem e/ou nome(s) da(s) pessoa(s): \_\_\_\_\_

Quem é responsável pelo cuidado: \_\_\_\_\_

A família declara, ou fornece indícios, de que vivencia situação de insegurança alimentar devido a insuficiência de alimentos?

Não     Sim. (Data da anotação: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_)

Algum membro da família é portador de alguma doença grave?

Não     Sim. Caso sim, registre o Nº de Ordem e/ou nome(s) da(s) pessoa(s) e o(s) tipo(s) de doença(s): \_\_\_\_\_

Algum membro da família faz uso de remédios controlados (tarja preta) para transtornos mentais?

Não     Sim. Caso sim, registre o Nº de Ordem e/ou nome(s) da(s) pessoa(s): \_\_\_\_\_

Algum membro da família faz uso abusivo de álcool? (Data da anotação: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_)

Não     Sim. Caso sim, registre o Nº de Ordem e/ou nome da(s) pessoa(s): \_\_\_\_\_

Algum membro da família faz uso abusivo de Crack ou outras drogas (cocaína, maconha etc)? (Data da anotação: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_)

Não     Sim. Caso sim, registre o Nº de Ordem e/ou nome(s) da(s) pessoa(s) e o(s) tipo(s) de substância(s): \_\_\_\_\_

Registre a presença de gestante(s) na família:

Nº de Ordem	Primeiro Nome	Quantos meses de Gestação?	Já iniciou Pré-Natal	Data da anotação
			( )Sim ( )Não	___ / ___ / ___
			( )Sim ( )Não	___ / ___ / ___
			( )Sim ( )Não	___ / ___ / ___
			( )Sim ( )Não	___ / ___ / ___
			( )Sim ( )Não	___ / ___ / ___

Anotações sobre descumprimento de condicionalidades de saúde no Programa Bolsa Família

Nº de Ordem	Primeiro Nome	Semestre de ocorrência (Semestre/Ano)	*Efeito	* Códigos para os Efeitos gerados por descumprimento da Condicionalidades
		___ / ___		1. Advertência
		___ / ___		2. Bloqueio
		___ / ___		3. Primeira Suspensão
		___ / ___		4. Segunda Suspensão
		___ / ___		5. Cancelamento







## Convivência Familiar e Comunitária

Há pessoas dependentes (*crianças, idosos dependentes ou pessoas com deficiência*) que permanecem períodos do dia em casa sem a companhia de um adulto?

Não  Sim. Caso sim, utilize a página ao lado para anotar as informações que sejam relevantes.

A família, ou algum de seus membros, é vítima de ameaças ou de discriminação na comunidade onde reside?

Não  Sim. Caso sim, utilize a página ao lado para anotar as informações que sejam relevantes.

Há quantos anos a família mora neste estado: | anos ( ) a família sempre morou no estado

Há quantos anos a família mora no município: | anos ( ) a família sempre morou no município

Há quantos anos a família mora no bairro atual: | anos ( ) a família sempre morou no mesmo bairro

A família possui parentes que residam próximo ao seu local de moradia e que constituam rede de apoio e solidariedade?

Sim. Caso sim, utilize a página ao lado caso queira anotar o nome, parentesco e contato destes parentes mais próximos.

Não

A família possui vizinhos que constituam rede de apoio e solidariedade?

Sim. Caso sim, utilize a página ao lado caso queira anotar o nome e contato de algum vizinhos mais próximo.

Não

A família, ou algum de seus membros, participa de grupos religiosos, comunitários ou outros grupos/instituições que constituam rede de apoio e solidariedade?

Sim. Caso sim, utilize a página ao lado para anotar as informações que sejam relevantes.

Não

Existe alguma criança ou adolescente do grupo familiar que **não tem acesso** a atividades de lazer, recreação e convívio social?

Sim  Não  Não se aplica (família sem criança/adolescente)

Existe algum idoso do grupo familiar que **não tem acesso** a atividades de lazer, recreação e convívio social?

Sim  Não  Não se aplica (família sem idoso)

Relações intrafamiliares *		
Percepção/Avaliação do técnico sobre as <b>relações conjugais</b> na família, se for o caso	Nome do Técnico	Data (Mês/Ano)
( ) Conflituoso, com violência ( ) Conflituoso, sem violência ( ) Sem conflitos relevantes		___/___
( ) Conflituoso, com violência ( ) Conflituoso, sem violência ( ) Sem conflitos relevantes		___/___
( ) Conflituoso, com violência ( ) Conflituoso, sem violência ( ) Sem conflitos relevantes		___/___
Percepção/Avaliação do técnico sobre as <b>relações entre pais/responsáveis e os filhos</b> inclusive entre o padrasto ou madrasta com o(s) enteado(s), se for o caso	Nome do Técnico	Data (Mês/Ano)
( ) Conflituoso, com violência ( ) Conflituoso, sem violência ( ) Sem conflitos relevantes		___/___
( ) Conflituoso, com violência ( ) Conflituoso, sem violência ( ) Sem conflitos relevantes		___/___
( ) Conflituoso, com violência ( ) Conflituoso, sem violência ( ) Sem conflitos relevantes		___/___
Percepção/Avaliação do técnico sobre as <b>relações entre os irmãos</b> , se for o caso	Nome do Técnico	Data (Mês/Ano)
( ) Conflituoso, com violência ( ) Conflituoso, sem violência ( ) Sem conflitos relevantes		___/___
( ) Conflituoso, com violência ( ) Conflituoso, sem violência ( ) Sem conflitos relevantes		___/___
( ) Conflituoso, com violência ( ) Conflituoso, sem violência ( ) Sem conflitos relevantes		___/___

\* A descrição ou detalhamento dos conflitos intrafamiliares, quando pertinente, poderá ser realizada na página ao lado.

Indique se há relações conflituosas envolvendo outros indivíduos que residam no domicílio?

Sim, com presença de violência. Caso sim, utilize a página ao lado para anotar as informações relevantes

Sim, sem presença de violência. Caso sim, utilize a página ao lado para anotar as informações relevantes.

Não há conflitos relevantes envolvendo outros indivíduos que residam no domicílio



## Convivência Familiar e Comunitária – Situações de Violência e Violações de Direitos

### QUADRO 1

#### Histórico de situações de violência e violações de direitos vivenciadas pela família

Situação	A situação ainda persiste?	Data da Anotação (Mês/Ano)	(ATUALIZAÇÃO) A situação ainda persiste?	(ATUALIZAÇÃO) Data da Atualização
__  Trabalho Infantil	( ) Sim ( ) Não	___/___	( ) Sim ( ) Não	___/___
__  Exploração Sexual	( ) Sim ( ) Não	___/___	( ) Sim ( ) Não	___/___
__  Abuso/Violência Sexual	( ) Sim ( ) Não	___/___	( ) Sim ( ) Não	___/___
__  Violência Física	( ) Sim ( ) Não	___/___	( ) Sim ( ) Não	___/___
__  Violência Psicológica	( ) Sim ( ) Não	___/___	( ) Sim ( ) Não	___/___
__  Negligência contra idoso	( ) Sim ( ) Não	___/___	( ) Sim ( ) Não	___/___
__  Negligência contra criança	( ) Sim ( ) Não	___/___	( ) Sim ( ) Não	___/___
__  Negligência contra PCD	( ) Sim ( ) Não	___/___	( ) Sim ( ) Não	___/___
__  Trajetória de Rua	( ) Sim ( ) Não	___/___	( ) Sim ( ) Não	___/___
__  Discriminação	( ) Sim ( ) Não	___/___	( ) Sim ( ) Não	___/___

### QUADRO 2 - EXCLUSIVO PARA UTILIZAÇÃO PELO CRAS

**Caso a família esteja, ou já tenha estado, sob acompanhamento de um CREAS, registre o período em que isso ocorreu e o CREAS que realizou o acompanhamento**

Data Início (Mês/Ano)	Data Final (Mês/Ano)	Identificação do CREAS
___/___	___/___	
___/___	___/___	
___/___	___/___	
___/___	___/___	

### QUADRO 3 - EXCLUSIVO PARA UTILIZAÇÃO DO CREAS

#### Registro obrigatório de situações de violência e violações de direitos identificadas no grupo familiar

Utilize este Quadro para registrar situações de violência e/ou violação de direitos, atuais ou recentes, ocorridas com membros da família. Estas situações podem ter sido detectadas pelo profissional do CREAS durante o atendimento da família/indivíduo, ou já serem de conhecimento prévio, no caso em que constituem a razão pela qual a família foi incluída em acompanhamento pelo PAEFI.

Nº de Ordem da pessoa vitimada	* Código da Situação	Indício ou Confirmada	Data do Registro (mês/ano)	* Código de Situações
		( ) Indício ( ) Confirmada	___/___	1. Trabalho Infantil 2. Exploração Sexual 3. Abuso/Violência Sexual 4. Violência Física 5. Violência Psicológica 6. Negligência * 7. Trajetória de Rua 8. Discriminação
		( ) Indício ( ) Confirmada	___/___	
		( ) Indício ( ) Confirmada	___/___	
		( ) Indício ( ) Confirmada	___/___	
		( ) Indício ( ) Confirmada	___/___	
		( ) Indício ( ) Confirmada	___/___	
		( ) Indício ( ) Confirmada	___/___	
		( ) Indício ( ) Confirmada	___/___	

Todo registro incluído neste quadro deve ser transposto, sem a identificação da pessoa, para o Mapa Consolidado de Registros Obrigatórios deste CREAS. Além disso, o profissional deve ficar atento para a sua responsabilidade de notificar os Órgãos do Sistema de Garantia de Direitos, e preencher a Ficha de Notificação nos casos em que for pertinente.

































**FORMULÁRIOS DE CONTROLE DOS ENCAMINHAMENTOS REALIZADOS  
NO PROCESSO DE ACOMPANHAMENTO DA FAMÍLIA**



Registro de Encaminhamento	Formulário de Encaminhamento – SUAS
<p><b>Área para a qual está sendo feito o encaminhamento:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Outra Unidade/Serviço da Assist. Social  <input type="checkbox"/> Saúde  <input type="checkbox"/> Educação  <input type="checkbox"/> INSS  <input type="checkbox"/> Habitação  <input type="checkbox"/> Defensoria Pública  <input type="checkbox"/> Outra</p> <p><b>Especifique o Órgão/Unidade para o qual está sendo feito o encaminhamento:</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><b>Objetivo/Motivo:</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><b>Data:</b> ____/____/____</p> <p><i>Registre no verso deste canhoto o resumo das informações de acompanhamento deste encaminhamento</i></p>	<p align="center"><b>SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – SUAS</b>  <i>(Para informações básicas de contra-referência, utilize o verso desta ficha)</i></p> <p>Encaminho o Sr(a) _____  e solicito atenção para seu atendimento, no(a) _____  localizado(a) na _____</p> <p>tendo em consideração as necessidades identificadas pela Assistência Social e expostas a seguir no presente formulário.</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p align="right"><b>Data:</b> ____/____/____</p> <hr/> <p>Nome da Unidade responsável pela origem do encaminhamento: _____</p> <p>Telefone para contato: _____</p> <p>Nome do Profissional: _____</p>
<p><b>Registro de Encaminhamento</b></p> <p><b>Área para a qual está sendo feito o encaminhamento:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Outra Unidade/Serviço da Assist. Social  <input type="checkbox"/> Saúde  <input type="checkbox"/> Educação  <input type="checkbox"/> INSS  <input type="checkbox"/> Habitação  <input type="checkbox"/> Defensoria Pública  <input type="checkbox"/> Outra</p> <p><b>Especifique o Órgão/Unidade para o qual está sendo feito o encaminhamento:</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><b>Objetivo/Motivo:</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><b>Data:</b> ____/____/____</p> <p><i>Registre no verso deste canhoto o resumo das informações de acompanhamento deste encaminhamento</i></p>	<p align="center"><b>SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – SUAS</b>  <i>(Para informações básicas de contra-referência, utilize o verso desta ficha)</i></p> <p>Encaminho o Sr(a) _____  e solicito atenção para seu atendimento, no(a) _____  localizado(a) na _____</p> <p>tendo em consideração as necessidades identificadas pela Assistência Social e expostas a seguir no presente formulário.</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p align="right"><b>Data:</b> ____/____/____</p> <hr/> <p>Nome da Unidade responsável pela origem do encaminhamento: _____</p> <p>Telefone para contato: _____</p> <p>Nome do Profissional: _____</p>



Registro de Encaminhamento	Formulário de Encaminhamento – SUAS
<p><b>Área para a qual está sendo feito o encaminhamento:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Outra Unidade/Serviço da Assist. Social  <input type="checkbox"/> Saúde  <input type="checkbox"/> Educação  <input type="checkbox"/> INSS  <input type="checkbox"/> Habitação  <input type="checkbox"/> Defensoria Pública  <input type="checkbox"/> Outra</p> <p><b>Especifique o Órgão/Unidade para o qual está sendo feito o encaminhamento:</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><b>Objetivo/Motivo:</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><b>Data:</b> ____/____/____</p> <p><i>Registre no verso deste canhoto o resumo das informações de acompanhamento deste encaminhamento</i></p>	<p align="center"><b>SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – SUAS</b>  <i>(Para informações básicas de contra-referência, utilize o verso desta ficha)</i></p> <p>Encaminho o Sr(a) _____  e solicito atenção para seu atendimento, no(a) _____  localizado(a) na _____</p> <p>tendo em consideração as necessidades identificadas pela Assistência Social e expostas a seguir no presente formulário.</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p align="right"><b>Data:</b> ____/____/____</p> <hr/> <p>Nome da Unidade responsável pela origem do encaminhamento: _____</p> <p>Telefone para contato: _____</p> <p>Nome do Profissional: _____</p>
<p><b>Registro de Encaminhamento</b></p> <p><b>Área para a qual está sendo feito o encaminhamento:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Outra Unidade/Serviço da Assist. Social  <input type="checkbox"/> Saúde  <input type="checkbox"/> Educação  <input type="checkbox"/> INSS  <input type="checkbox"/> Habitação  <input type="checkbox"/> Defensoria Pública  <input type="checkbox"/> Outra</p> <p><b>Especifique o Órgão/Unidade para o qual está sendo feito o encaminhamento:</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><b>Objetivo/Motivo:</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><b>Data:</b> ____/____/____</p> <p><i>Registre no verso deste canhoto o resumo das informações de acompanhamento deste encaminhamento</i></p>	<p align="center"><b>SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – SUAS</b>  <i>(Para informações básicas de contra-referência, utilize o verso desta ficha)</i></p> <p>Encaminho o Sr(a) _____  e solicito atenção para seu atendimento, no(a) _____  localizado(a) na _____</p> <p>tendo em consideração as necessidades identificadas pela Assistência Social e expostas a seguir no presente formulário.</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p align="right"><b>Data:</b> ____/____/____</p> <hr/> <p>Nome da Unidade responsável pela origem do encaminhamento: _____</p> <p>Telefone para contato: _____</p> <p>Nome do Profissional: _____</p>



Registro de Encaminhamento	Formulário de Encaminhamento – SUAS
<p><b>Área para a qual está sendo feito o encaminhamento:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Outra Unidade/Serviço da Assist. Social  <input type="checkbox"/> Saúde  <input type="checkbox"/> Educação  <input type="checkbox"/> INSS  <input type="checkbox"/> Habitação  <input type="checkbox"/> Defensoria Pública  <input type="checkbox"/> Outra</p> <p><b>Especifique o Órgão/Unidade para o qual está sendo feito o encaminhamento:</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><b>Objetivo/Motivo:</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><b>Data:</b> ____/____/____</p> <p><i>Registre no verso deste canhoto o resumo das informações de acompanhamento deste encaminhamento</i></p>	<p align="center"><b>SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – SUAS</b>  <i>(Para informações básicas de contra-referência, utilize o verso desta ficha)</i></p> <p>Encaminho o Sr(a) _____  e solicito atenção para seu atendimento, no(a) _____  localizado(a) na _____</p> <p>tendo em consideração as necessidades identificadas pela Assistência Social e expostas a seguir no presente formulário.</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p align="right"><b>Data:</b> ____/____/____</p> <hr/> <p>Nome da Unidade responsável pela origem do encaminhamento: _____</p> <p>Telefone para contato: _____</p> <p>Nome do Profissional: _____</p>
<p><b>Registro de Encaminhamento</b></p> <p><b>Área para a qual está sendo feito o encaminhamento:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Outra Unidade/Serviço da Assist. Social  <input type="checkbox"/> Saúde  <input type="checkbox"/> Educação  <input type="checkbox"/> INSS  <input type="checkbox"/> Habitação  <input type="checkbox"/> Defensoria Pública  <input type="checkbox"/> Outra</p> <p><b>Especifique o Órgão/Unidade para o qual está sendo feito o encaminhamento:</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><b>Objetivo/Motivo:</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><b>Data:</b> ____/____/____</p> <p><i>Registre no verso deste canhoto o resumo das informações de acompanhamento deste encaminhamento</i></p>	<p align="center"><b>SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – SUAS</b>  <i>(Para informações básicas de contra-referência, utilize o verso desta ficha)</i></p> <p>Encaminho o Sr(a) _____  e solicito atenção para seu atendimento, no(a) _____  localizado(a) na _____</p> <p>tendo em consideração as necessidades identificadas pela Assistência Social e expostas a seguir no presente formulário.</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p align="right"><b>Data:</b> ____/____/____</p> <hr/> <p>Nome da Unidade responsável pela origem do encaminhamento: _____</p> <p>Telefone para contato: _____</p> <p>Nome do Profissional: _____</p>



Registro de Encaminhamento	Formulário de Encaminhamento – SUAS
<p><b>Área para a qual está sendo feito o encaminhamento:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Outra Unidade/Serviço da Assist. Social  <input type="checkbox"/> Saúde  <input type="checkbox"/> Educação  <input type="checkbox"/> INSS  <input type="checkbox"/> Habitação  <input type="checkbox"/> Defensoria Pública  <input type="checkbox"/> Outra</p> <p><b>Especifique o Órgão/Unidade para o qual está sendo feito o encaminhamento:</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><b>Objetivo/Motivo:</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><b>Data:</b> ____/____/____</p> <p><i>Registre no verso deste canhoto o resumo das informações de acompanhamento deste encaminhamento</i></p>	<p align="center"><b>SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – SUAS</b>  <i>(Para informações básicas de contra-referência, utilize o verso desta ficha)</i></p> <p>Encaminho o Sr(a) _____  e solicito atenção para seu atendimento, no(a) _____  localizado(a) na _____</p> <p>tendo em consideração as necessidades identificadas pela Assistência Social e expostas a seguir no presente formulário.</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p align="right"><b>Data:</b> ____/____/____</p> <hr/> <p>Nome da Unidade responsável pela origem do encaminhamento: _____</p> <p>Telefone para contato: _____</p> <p>Nome do Profissional: _____</p>
<p><b>Registro de Encaminhamento</b></p> <p><b>Área para a qual está sendo feito o encaminhamento:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Outra Unidade/Serviço da Assist. Social  <input type="checkbox"/> Saúde  <input type="checkbox"/> Educação  <input type="checkbox"/> INSS  <input type="checkbox"/> Habitação  <input type="checkbox"/> Defensoria Pública  <input type="checkbox"/> Outra</p> <p><b>Especifique o Órgão/Unidade para o qual está sendo feito o encaminhamento:</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><b>Objetivo/Motivo:</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><b>Data:</b> ____/____/____</p> <p><i>Registre no verso deste canhoto o resumo das informações de acompanhamento deste encaminhamento</i></p>	<p align="center"><b>SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – SUAS</b>  <i>(Para informações básicas de contra-referência, utilize o verso desta ficha)</i></p> <p>Encaminho o Sr(a) _____  e solicito atenção para seu atendimento, no(a) _____  localizado(a) na _____</p> <p>tendo em consideração as necessidades identificadas pela Assistência Social e expostas a seguir no presente formulário.</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p align="right"><b>Data:</b> ____/____/____</p> <hr/> <p>Nome da Unidade responsável pela origem do encaminhamento: _____</p> <p>Telefone para contato: _____</p> <p>Nome do Profissional: _____</p>



Registro de Encaminhamento	Formulário de Encaminhamento – SUAS
<p><b>Área para a qual está sendo feito o encaminhamento:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Outra Unidade/Serviço da Assist. Social  <input type="checkbox"/> Saúde  <input type="checkbox"/> Educação  <input type="checkbox"/> INSS  <input type="checkbox"/> Habitação  <input type="checkbox"/> Defensoria Pública  <input type="checkbox"/> Outra</p> <p><b>Especifique o Órgão/Unidade para o qual está sendo feito o encaminhamento:</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><b>Objetivo/Motivo:</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><b>Data:</b> ____/____/____</p> <p><i>Registre no verso deste canhoto o resumo das informações de acompanhamento deste encaminhamento</i></p>	<p align="center"><b>SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – SUAS</b>  <i>(Para informações básicas de contra-referência, utilize o verso desta ficha)</i></p> <p>Encaminho o Sr(a) _____  e solicito atenção para seu atendimento, no(a) _____  localizado(a) na _____</p> <p>tendo em consideração as necessidades identificadas pela Assistência Social e expostas a seguir no presente formulário.</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p align="right"><b>Data:</b> ____/____/____</p> <hr/> <p>Nome da Unidade responsável pela origem do encaminhamento: _____</p> <p>Telefone para contato: _____</p> <p>Nome do Profissional: _____</p>
<p><b>Registro de Encaminhamento</b></p> <p><b>Área para a qual está sendo feito o encaminhamento:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Outra Unidade/Serviço da Assist. Social  <input type="checkbox"/> Saúde  <input type="checkbox"/> Educação  <input type="checkbox"/> INSS  <input type="checkbox"/> Habitação  <input type="checkbox"/> Defensoria Pública  <input type="checkbox"/> Outra</p> <p><b>Especifique o Órgão/Unidade para o qual está sendo feito o encaminhamento:</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><b>Objetivo/Motivo:</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><b>Data:</b> ____/____/____</p> <p><i>Registre no verso deste canhoto o resumo das informações de acompanhamento deste encaminhamento</i></p>	<p align="center"><b>SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – SUAS</b>  <i>(Para informações básicas de contra-referência, utilize o verso desta ficha)</i></p> <p>Encaminho o Sr(a) _____  e solicito atenção para seu atendimento, no(a) _____  localizado(a) na _____</p> <p>tendo em consideração as necessidades identificadas pela Assistência Social e expostas a seguir no presente formulário.</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p align="right"><b>Data:</b> ____/____/____</p> <hr/> <p>Nome da Unidade responsável pela origem do encaminhamento: _____</p> <p>Telefone para contato: _____</p> <p>Nome do Profissional: _____</p>



