

NOME DA PESSOA DE REFERÊNCIA NA FAMÍLIA:

Nº DO PRONTUÁRIO:

TIPO DE UNIDADE: CRAS CREAS

Nº DA UNIDADE:

NOME DA UNIDADE:

**REGISTRO SIMPLIFICADO DOS ATENDIMENTOS**

Nº	Data de Atendimento	Nº de Ordem da pessoa	Descrição Sumária do Atendimento	Código	Nome do Técnico Responsável
1	__/__/__				
2	__/__/__				
3	__/__/__				
4	__/__/__				
5	__/__/__				
6	__/__/__				
7	__/__/__				
8	__/__/__				
9	__/__/__				
10	__/__/__				
11	__/__/__				
12	__/__/__				
13	__/__/__				
14	__/__/__				
15	__/__/__				
16	__/__/__				
17	__/__/__				
18	__/__/__				
19	__/__/__				
21	__/__/__				
21	__/__/__				
22	__/__/__				
23	__/__/__				
24	__/__/__				
25	__/__/__				
26	__/__/__				
27	__/__/__				
28	__/__/__				
29	__/__/__				
30	__/__/__				
31	__/__/__				
32	__/__/__				
33	__/__/__				
34	__/__/__				
35	__/__/__				
36	__/__/__				
37	__/__/__				
38	__/__/__				
39	__/__/__				
40	__/__/__				

Códigos auxiliares para Descrição Sumária dos Atendimentos:

1- Atendimento socioassistencial individualizado; 2 - Atendimento em atividade coletiva de caráter continuado; 3 - Participação em atividade coletiva de caráter não continuado; 4 - Cadastramento/Atualização Cadastral; 5 - Acompanhamento de MSE; 6 - Solicitação/Concessão de Benefício Eventual ; 7 - Visita Domiciliar; 9 - Outros

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 receberá 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 ser 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.): _____

Bairro: _____ UF: _____ CEP: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Município: _____ Complemento: _____

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: _____ Telefone 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 primeira anotação: ____/____/____	Atualização: ____/____/____	Atualização: ____/____/____
Nº de Ordem	Nome Completo (Sempre começar a lista pela Pessoa de Referência)	Sexo	Data de Nascimento DD/MM/AA	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	____/____/____			()	<input type="checkbox"/> CN <input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> CTPS <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> TE		
2		() M () F	____/____/____			()	<input type="checkbox"/> CN <input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> CTPS <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> TE		
3		() M () F	____/____/____			()	<input type="checkbox"/> CN <input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> CTPS <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> TE		
4		() M () F	____/____/____			()	<input type="checkbox"/> CN <input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> CTPS <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> TE		
5		() M () F	____/____/____			()	<input type="checkbox"/> CN <input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> CTPS <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> TE		
6		() M () F	____/____/____			()	<input type="checkbox"/> CN <input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> CTPS <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> TE		
7		() M () F	____/____/____			()	<input type="checkbox"/> CN <input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> CTPS <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> TE		
8		() M () F	____/____/____			()	<input type="checkbox"/> CN <input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> CTPS <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> TE		
9		() M () F	____/____/____			()	<input type="checkbox"/> CN <input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> CTPS <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> TE		
10		() M () F	____/____/____			()	<input type="checkbox"/> CN <input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> CTPS <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> TE		
11		() M () F	____/____/____			()	<input type="checkbox"/> CN <input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> CTPS <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> TE		
12		() M () F	____/____/____			()	<input type="checkbox"/> CN <input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> CTPS <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> TE		
13		() M () F	____/____/____			()	<input type="checkbox"/> CN <input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> CTPS <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> TE		
14		() M () F	____/____/____			()	<input type="checkbox"/> CN <input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> CTPS <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> TE		

* Códigos de Parentesco: 1 - Pessoa de Referência; 2 - Cônjuge/ companheiro(a); 3 - Filho(a); 4 - Enteadado(a); 5 - Neto(a), Bisneto(a); 6 - Pai/ Mãe; 7 - Sogro(a); 8 - Irmão/irmã; 9 - Genro/Nora; 10 - Outro parente; 11 - Não parente
 ** Documentação a ser providenciada: CN=Carteira 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	Qtd. de Pessoas (Atualização)	Qtd. de Pessoas (Atualização)
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			
Total de Pessoas na Família			

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: _____
- Outras: _____



COMPOSIÇÃO FAMILIAR

Outras observações referentes ao diagnóstico da composição familiar

(Atenção! Toda anotação incluída neste espaço deve ser precedida de data, nome e função do profissional responsável pela mesma)



CONDIÇÕES HABITACIONAIS DA FAMÍLIA		
Características do Domicílio	Marque o item correspondente	Utilize para atualização do domicílio
a. Tipo de residência		
Própria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alugada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cedida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ocupada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Material das paredes externas do domicílio		
Alvenaria ou madeira aparelhada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Madeira aproveitada, taipa ou outros materiais precários	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Acesso a energia elétrica		
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"/>
d. Possui água canalizada		
Sim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Forma de abastecimento de água		
Rede geral de distribuição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poço ou nascente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cisterna de captação de águas de chuva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Carro pipa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outra forma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Escoamento sanitário		
Rede coletora de esgoto ou pluvial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fossa séptica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fossa rudimentar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Direto para vala, rio, lago ou mar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Domicílio sem banheiro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Coleta de lixo		
Sim, coleta direta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sim, coleta indireta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não possui coleta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Qual o número total de cômodos do domicílio		
Número de Cômodos	<input type="text"/>	<input type="text"/>
i. Qual o nº de cômodos utilizados como dormitório		
Número de dormitórios	<input type="text"/>	<input type="text"/>
j. Quanto é o nº de pessoas do domicílio dividido pelo nº de dormitórios ?		
Número médio de pessoas por dormitório	<input type="text"/>	<input type="text"/>
k. O domicílio possui acessibilidade para pessoas com dificuldade de locomoção?		
Sim, tanto nos espaços internos como na comunicação com a rua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sim, apenas nos espaços internos, mais possui "barreiras" na comunicação com a rua.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não possui condições de acessibilidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. O domicílio está localizado em área de risco de desabamento ou alagamento?		
Sim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. O domicílio está localizado em área de difícil acesso geográfico?		
Sim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. O domicílio está localizado em área com forte presença de conflito/violência?		
Sim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CONDIÇÕES EDUCACIONAIS DA FAMÍLIA									
Nº de Ordem	Primeiro Nome (Liste as pessoas obedecendo sempre o mesmo nº de ordem)	Idade	Sabe ler e escrever?	Frequenta escola atualmente?			Escolaridade		Códigos de escolaridade
				1ª Anotação	Atualização	Atualização	(Última série concluída com aprovação) 1ª Anotação	Atualização	
1			() Sim () Não	() Sim () Não	() Sim () Não	() Sim () Não			00 – Nunca frequentou escola
2			() Sim () Não	() Sim () Não	() Sim () Não	() Sim () Não			01- Creche
3			() Sim () Não	() Sim () Não	() Sim () Não	() Sim () Não			02 - Educação Infantil
4			() Sim () Não	() Sim () Não	() Sim () Não	() Sim () Não			11 – 1º ano E. Fundamental
5			() Sim () Não	() Sim () Não	() Sim () Não	() Sim () Não			12 – 2º ano E. Fundamental
6			() Sim () Não	() Sim () Não	() Sim () Não	() Sim () Não			13 – 3º ano E. Fundamental
7			() Sim () Não	() Sim () Não	() Sim () Não	() Sim () Não			14 – 4º ano E. Fundamental
8			() Sim () Não	() Sim () Não	() Sim () Não	() Sim () Não			15 – 5º ano E. Fundamental
9			() Sim () Não	() Sim () Não	() Sim () Não	() Sim () Não			16 – 6º ano E. Fundamental
10			() Sim () Não	() Sim () Não	() Sim () Não	() Sim () Não			17 – 7º ano E. Fundamental
11			() Sim () Não	() Sim () Não	() Sim () Não	() Sim () Não			18 – 8º ano E. Fundamental
12			() Sim () Não	() Sim () Não	() Sim () Não	() Sim () Não			19 – 9º ano E. Fundamental
13			() Sim () Não	() Sim () Não	() Sim () Não	() Sim () Não			21 – 1º ano E. Médio
14			() Sim () Não	() Sim () Não	() Sim () Não	() Sim () Não			22 – 2º ano E. Médio
									23 – 3º ano E. Médio
									30 – Superior Incompleto
									31 – Superior Completo
									40 – EJA – Ensino Fundamental
									41 – EJA – Ensino Médio
									99 – Outros

Data da primeira anotação: ___/___/___

Data de Atualização: ___/___/___

Data de Atualização: ___/___/___

Data de Atualização: ___/___/___

Identificação de Vulnerabilidade Educacional			
Faixas Etárias	Qtd. de Pessoas	Qtd. de Pessoas (Atualização)	Qtd. de Pessoas (Atualização)
Qtd. de pessoas entre 0 e 5 anos que não estão frequentando escola ou creche			
Qtd. de pessoas entre 06 e 14 anos que não estão frequentando escola			
Qtd. de pessoas entre 15 e 17 anos que não estão frequentando escola			
Qtd. de pessoas entre 10 e 17 anos que não sabem ler/escrever			
Qtd. de pessoas entre 18 e 59 anos que não sabem ler/escrever			
Qtd. de pessoas com 60 anos ou mais que não sabem ler/escrever			

Anotações sobre o descumprimento de condicionalidades de educação no Programa Bolsa Família				
Nº de Ordem	Data da ocorrência (Mês/Ano)	Efeito* (Código)	Solicitada suspensão do efeito?	* Códigos para os Efeitos gerados por descumprimento de Condicionalidades
	___/___		() Sim () Não	
	___/___		() Sim () Não	
	___/___		() Sim () Não	
	___/___		() Sim () Não	
	___/___		() Sim () Não	
	___/___		() Sim () Não	
	___/___		() Sim () Não	
	___/___		() Sim () Não	

1. Advertência
2. Bloqueio
3. Suspensão
4. Cancelamento



CONDIÇÕES EDUCACIONAIS DA FAMÍLIA

Outras observações referentes ao diagnóstico das condições educacionais da família

(Atenção! Toda anotação incluída neste espaço deve ser precedida de data, nome e função do profissional responsável pela mesma)

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\$)	
				1ª Anotação	Atualização			1ª Anotação	Atualização
1			() Sim () Não			() Sim () Não			
2			() Sim () Não			() Sim () Não			
3			() Sim () Não			() Sim () Não			
4			() Sim () Não			() Sim () Não			
5			() Sim () Não			() Sim () Não			
6			() Sim () Não			() Sim () Não			
7			() Sim () Não			() Sim () Não			
8			() Sim () Não			() Sim () Não			
9			() Sim () Não			() Sim () Não			
10			() Sim () Não			() Sim () Não			
11			() Sim () Não			() Sim () Não			
12			() Sim () Não			() Sim () Não			
13			() Sim () Não			() Sim () Não			
14			() Sim () Não			() Sim () Não			

Códigos da Condição de Ocupação:

0 - Não Trabalha; 1 - Trabalhador por conta própria (bico, autônomo); 2 - Trabalhador temporário em área rural; 3 - Empregado sem carteira de trabalho assinada; 4 - Empregado com carteira de trabalho assinada; 5 - Trabalhador doméstico sem carteira de trabalho assinada; 6 - Trabalhador doméstico com carteira de trabalho assinada; 7 - Trabalhador não-remunerado; 8 - Militar ou servidor público; 9 - Empregador; 10 - Estagiário; 11 - Aprendiz (em condição legal)

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 Atualizações: () S () N / () S () N

Anotar o valores recebidos pela família por meio de Programas Sociais

- Bolsa Família - Valor: R\$ _____ Atualizações: R\$ _____
- BPC - Valor: R\$ _____ Atualizações: R\$ _____
- PETI - Valor: R\$ _____ Atualizações: R\$ _____
- Outros - Valor: R\$ _____ Atualizações: 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, incluído o valor recebido de programas sociais?
R\$ _____ Atualizações: R\$ _____ / R\$ _____

Qual a Renda familiar per capita, incluído 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. Observe sempre as regras específicas de cada Programa/Benefício.



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 - Cegueira; 2 - Baixa Visão; 3 - Surdez severa/profunda; 4 - Surdez leve/moderada; 5 - Deficiência física; 6 - Deficiência mental ou intelectual; 7 - Síndrome de Down; 8 - Transtorno/doença mental.

A família possui algum integrante que, devido ao envelhecimento ou à 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): _____

10

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	___/___/___
			() Sim () Não	___/___/___

Anotações sobre descumprimento de condicionalidades de saúde no Programa Bolsa Família

Nº de Ordem	Primeiro Nome	Semestre de ocorrência (Semestre/Ano)	*Efeito (código)	Solicitada suspensão do efeito?	* Códigos para os Efeitos gerados por descumprimento da Condicionais
				() Sim () Não	1. Advertência 2. Bloqueio 3. Suspensão 4. Cancelamento
				() Sim () Não	
				() Sim () Não	
				() Sim () Não	
				() Sim () Não	



CONDIÇÕES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Outras observações referentes ao diagnóstico das condições de saúde da família

(Atenção! Toda anotação incluída neste espaço deve ser precedida de data, nome e função do profissional responsável pela mesma)

Sempre que possível, identifique e registre nessa página a Unidade Básica de Saúde que referencia esta família e o nome do Agente Comunitário de Saúde que costuma visitá-la. Essa informação pode ser útil para futuras trocas de informações intersetoriais no nível local.



ACESSO A BENEFÍCIOS EVENTUAIS

Utilize o quadro abaixo para registrar os Benefícios Eventuais concedidos para a família por esta unidade.

Registro de concessão de Benefícios Eventuais da Assistência Social

Data	Tipo de Benefício (Código)	Observação	Nº do Registro de Nascimento da criança (apenas para Auxílio Natalidade)	Nº do CPF da pessoa falecida (apenas para Auxílio Funeral)
__/__/__				
__/__/__				
__/__/__				
__/__/__				
__/__/__				
__/__/__				
__/__/__				
__/__/__				
__/__/__				
__/__/__				
__/__/__				
__/__/__				
__/__/__				
__/__/__				
__/__/__				
__/__/__				
__/__/__				
__/__/__				
__/__/__				
__/__/__				
__/__/__				
__/__/__				
__/__/__				
__/__/__				
__/__/__				
__/__/__				
__/__/__				
__/__/__				
__/__/__				
__/__/__				
__/__/__				
__/__/__				
<p>Códigos para os Tipos de Benefício: 1 - Auxílio Natalidade; 2 - Auxílio Funeral; 3 - Item/Kit específico para enfrentamento de situações de Emergência ou Calamidade Pública; 4 - Cesta Básica; 5 - Aluguel social/pagamento de aluguel; 6 - Outros.</p>				



ACESSO A BENEFÍCIOS EVENTUAIS

Outras observações referentes ao acesso a Benefícios Eventuais

(Atenção! Toda anotação incluída neste espaço deve ser precedida de data, nome e função do profissional responsável pela mesma)



CONVIVÊNCIA FAMILIAR E COMUNITÁRIA

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

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

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

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

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

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

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

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

A família, ou algum de seus membros, participa de movimentos sociais, sindicatos, organizações comunitárias, Conselhos ou quaisquer outras ações ou instituições voltadas para organização política e defesa de interesses coletivos?

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

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)

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

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

Relações de Convivência Intrafamiliares *

Percepção/Avaliação do técnico sobre as relações conjugais 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 relações entre pais/responsáveis e os filhos 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 relações entre os irmãos , 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

Outras observações referentes ao diagnóstico das condições de convivência familiar e comunitária

(Atenção! Toda anotação incluída neste espaço deve ser precedida de data, nome e função do profissional responsável pela mesma)



PARTICIPAÇÃO EM SERVIÇOS, PROGRAMAS OU PROJETOS QUE CONTRIBUAM PARA O DESENVOLVIMENTO DA CONVIVÊNCIA COMUNITÁRIA E PARA O FORTALECIMENTO DE VÍNCULOS

Registre a participação de membros da família em serviços, programas ou projetos que contribuam para o desenvolvimento da convivência comunitária e para o fortalecimento de vínculos.

N	Nº de Ordem da Pessoa	Primeiro Nome da Pessoa	Serviço, Programa ou Projeto*	Unidade de realização**	Data de ingresso (mês/ano)	Data de desligamento (mês/ano)	* Códigos para Serviços, Programas ou Projetos
1					___/___	___/___	1. Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para crianças e/ou adolescentes 2. Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para Idosos 3. Grupo específico desenvolvido pelo PAIF 4. Grupo específico desenvolvido pelo PAEFI 5. Programas ou projetos específicos da Assistência Social que não configurem serviços continuados 6. Programas ou projetos de outras políticas setoriais (Educação, Esporte, Cultura etc) 99. Outros
2					___/___	___/___	
3					___/___	___/___	
4					___/___	___/___	
5					___/___	___/___	
6					___/___	___/___	
7					___/___	___/___	
8					___/___	___/___	
9					___/___	___/___	
10					___/___	___/___	
11					___/___	___/___	
12					___/___	___/___	
13					___/___	___/___	
14					___/___	___/___	
15					___/___	___/___	

** Códigos para a Unidade de Realização do respectivo Serviço, Programa ou Projeto:

- 1 - Nesta própria Unidade; 2 - Em outra Unidade Pública da rede Socioassistencial; 3 - Em unidade/entidade privada da rede socioassistencial; 4 - Em unidade de rede de educação; 9 - Outra unidade vinculada a outras políticas.

Outras observações referentes à participação de membros da família em Serviços programas ou projetos que contribuam para o desenvolvimento da convivência comunitária e para o fortalecimento de vínculos (Atenção! Toda anotação incluída neste espaço deve ser precedida de data, nome e função do profissional responsável pela mesma)

16

Importante! Utilize o espaço de anotações para registrar de forma precisa os dados e contatos referentes à unidade de realização do serviço, programa ou projeto, sempre que o mesmo não for realizado nesta própria Unidade.



PARTICIPAÇÃO EM SERVIÇOS, PROGRAMAS OU PROJETOS QUE CONTRIBUAM PARA O DESENVOLVIMENTO DA CONVIVÊNCIA COMUNITÁRIA E PARA O FORTALECIMENTO DE VÍNCULOS

Outras observações referentes à participação de membros da família em Serviços programas ou projetos que contribuam para o desenvolvimento da convivência comunitária e para o fortalecimento de vínculos *(Atenção! Toda anotação incluída neste espaço deve ser precedida de data, nome e função do profissional responsável pela mesma)*



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
<input type="checkbox"/> Trabalho Infantil	() Sim () Não	___/___	() Sim () Não	___/___
<input type="checkbox"/> Exploração Sexual	() Sim () Não	___/___	() Sim () Não	___/___
<input type="checkbox"/> Abuso/Violência Sexual	() Sim () Não	___/___	() Sim () Não	___/___
<input type="checkbox"/> Violência Física	() Sim () Não	___/___	() Sim () Não	___/___
<input type="checkbox"/> Violência Psicológica	() Sim () Não	___/___	() Sim () Não	___/___
<input type="checkbox"/> Negligência contra idoso	() Sim () Não	___/___	() Sim () Não	___/___
<input type="checkbox"/> Negligência contra criança	() Sim () Não	___/___	() Sim () Não	___/___
<input type="checkbox"/> Negligência contra PCD	() Sim () Não	___/___	() Sim () Não	___/___
<input type="checkbox"/> Trajetória de Rua	() Sim () Não	___/___	() Sim () Não	___/___
<input type="checkbox"/> Tráfico de Pessoas	() Sim () Não	___/___	() Sim () Não	___/___
<input type="checkbox"/> Violência Patrimonial contra Idoso ou PCD	() Sim () Não	___/___	() Sim () Não	___/___
<input type="checkbox"/> Outra: _____	() 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 das Situações	Índicio ou Confirmada	Data do Registro (mês/ano)	* Código de Situações
		() Índicio () Confirmada	___/___	1. Violência Física 2. Violência Psicológica 3. Exploração Sexual 4. Abuso/Violência Sexual 5. Negligência ou Abandono 6. Trabalho Infantil 7. Trajetória de Rua 8. Tráfico de Pessoas 9. Discriminação por orientação sexual 10. Violência Patrimonial contra Idoso ou PCD 99. Outra
		() Índicio () Confirmada	___/___	
		() Índicio () Confirmada	___/___	
		() Índicio () Confirmada	___/___	
		() Índicio () Confirmada	___/___	
		() Índicio () Confirmada	___/___	
		() Índicio () Confirmada	___/___	
		() Índicio () Confirmada	___/___	
		() Índicio () Confirmada	___/___	
		() Índicio () 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.				

SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA E VIOLAÇÕES DE DIREITOS

Outras observações referentes ao diagnóstico de violência e violações de direitos

(Atenção! Toda anotação incluída neste espaço deve ser precedida de data, nome e função do profissional responsável pela mesma)



HISTÓRICO DE CUMPRIMENTO DE MEDIAS SOCIOEDUCATIVAS

Histórico de Aplicação de Medidas Socioeducativas para Adolescentes

Nº	Nº de Ordem da Pessoa	Primeiro Nome	*Tipo de Medida	Número do Processo	Data de Início (Mês/Ano)	Data de Fim (Mês/Ano)	*Códigos dos Tipos de Medida Socioeducativa
1					___/___	___/___	1 - Liberdade Assistida (LA) 2 - Prestação de Serviços à Comunidade (PSC) 3 - Advertência 4 - Obrigação de Reparar o Dano 5 - Semi-Liberdade 6 - Internação
2					___/___	___/___	
3					___/___	___/___	
4					___/___	___/___	
5					___/___	___/___	
6					___/___	___/___	
7					___/___	___/___	
8					___/___	___/___	
9					___/___	___/___	
10					___/___	___/___	

Caso o adolescente esteja cumprindo medida socioeducativa de LA ou PSC, registre se o mesmo foi, ou está sendo, acompanhado pelo CREAS.

Nº	Nº de Ordem da Pessoa	Acompanhado pelo CREAS	Data da Anotação	Observação
1		() Sim () Não	___/___/___	
2		() Sim () Não	___/___/___	
3		() Sim () Não	___/___/___	
4		() Sim () Não	___/___/___	
5		() Sim () Não	___/___/___	
6		() Sim () Não	___/___/___	
7		() Sim () Não	___/___/___	
8		() Sim () Não	___/___/___	
9		() Sim () Não	___/___/___	
10		() Sim () Não	___/___/___	

Caso esteja cumprindo medida socioeducativa de PSC registre os contatos relativos ao local de prestação do serviço e do orientador responsável:



HISTÓRICO DE CUMPRIMENTO DE MEDIDAS SOCIOEDUCATIVAS

Outras observações referentes ao histórico de cumprimento de medidas socioeducativas

As anotações relativas ao processo de acompanhamento do adolescente em cumprimento de Medida Socioeducativa pelo CREAS devem ser registradas no bloco Planejamento e Evolução do Acompanhamento Familiar

(Atenção! Toda anotação incluída neste espaço deve ser precedida de data, nome e função do profissional responsável pela mesma)



HISTÓRICO DE ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL OU FAMILIAR

Utilize o quadro abaixo para registrar eventuais situações de acolhimento institucional vivenciadas por algum membro do grupo familiar, sejam situações atuais ou ocorridas no passado.

Histórico de acolhimento:					
Nº	Nº de Ordem da pessoa	Primeiro nome	Período do Acolhimento		Motivo
			Data de Início (Mês/Ano)	Data de Fim (Mês/Ano)	
1			___/___	___/___	
2			___/___	___/___	
3			___/___	___/___	
4			___/___	___/___	
5			___/___	___/___	
6			___/___	___/___	
7			___/___	___/___	
8			___/___	___/___	
9			___/___	___/___	
10			___/___	___/___	
11			___/___	___/___	
12			___/___	___/___	
13			___/___	___/___	
14			___/___	___/___	
15			___/___	___/___	

Sempre que possível, identifique e registre na página ao lado a instituição na qual a pessoa foi acolhida

Caso o grupo familiar, em seu conjunto, já tenha vivenciado alguma situação de acolhimento institucional (abrigo) decorrente da perda, temporária ou definitiva do domicílio, quer em função de catástrofe natural ou de fatalidade pessoal, registre o período em que o fato ocorreu e o motivo/fato que levou ao acolhimento:

Caso alguma criança/adolescente da família esteja, ou já tenha estado, sob guarda (legal ou informal) de outra pessoa não residente no domicílio (família extensa, amigos, patrões etc), registre o período em que o fato ocorreu, a razão pela qual ocorreu, a pessoa que esteve com a guarda e o nome ou número de ordem da criança/adolescente.

Outras situações de afastamento do convívio familiar:

Assinale caso a família possua algum membro adulto (pais ou filhos) em instituição prisional.

Assinale caso a família possua algum membro adolescente cumprindo medida socioeducativa de internação.



HISTÓRICO DE ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL

Observações referentes às situações de Acolhimento Institucional vivenciadas pela família

(Atenção! Toda anotação incluída neste espaço deve ser precedida de data, nome e função do profissional responsável pela mesma)



PLANEJAMENTO E EVOLUÇÃO DO ACOMPANHAMENTO FAMILIAR

Registro de Ingresso e de Desligamento da Família ou Indivíduo no Acompanhamento do PAIF ou PAEFI

Assinale o Ingresso	Data de Ingresso	Assinale o Desligamento	Data de Desligamento	*Razão do Desligamento	* Códigos de Razões para Desligamento
<input type="checkbox"/>	__/__/__	<input type="checkbox"/>	__/__/__	<input type="checkbox"/>	1 - Avaliação técnica 2 - Evasão ou recusa da Família 3 - Mudança de município 4 - Outros
<input type="checkbox"/>	__/__/__	<input type="checkbox"/>	__/__/__	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	__/__/__	<input type="checkbox"/>	__/__/__	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	__/__/__	<input type="checkbox"/>	__/__/__	<input type="checkbox"/>	

PLANEJAMENTO INICIAL:

O **planejamento inicial** deve ser elaborado de forma dialogada com a família/indivíduo e considerar de forma particularizada as necessidades e as potencialidades de cada família. Nele se identificam os objetivos a serem perseguidos e as possíveis ações e estratégias para alcançá-los. Embora não deva ser encarado de forma rígida, o planejamento inicial ajuda a nortear o trabalho a ser desenvolvido com a família/indivíduo e a avaliar sua evolução.

(Atenção! Toda anotação incluída neste espaço deve ser precedida de data, nome e função do profissional responsável pela mesma)



PLANEJAMENTO E EVOLUÇÃO DO ACOMPANHAMENTO FAMILIAR

PLANEJAMENTO INICIAL:

(Atenção! Toda anotação incluída neste espaço deve ser precedida de data, nome e função do profissional responsável pela mesma)



PLANEJAMENTO E EVOLUÇÃO DO ACOMPANHAMENTO FAMILIAR

EVOLUÇÃO DO ACOMPANHAMENTO FAMILIAR

Entende-se por **evolução do acompanhamento familiar** todo o processo que se segue ao contato inicial com a família/indivíduo, por meio do qual o profissional aprofunda seu conhecimento sobre a realidade específica daquela família, planeja e realiza ações para alcance de determinados objetivos e avalia os resultados alcançados.

Este espaço do Prontuário é destinado às anotações qualitativas sobre aspectos importantes da vida familiar que venham a ser identificados durante o processo de acompanhamento. Deve, também, ser utilizado para anotações pertinentes aos procedimentos e atividades desenvolvidas com a família e para avaliação dos resultados obtidos.

(Atenção! Toda anotação incluída neste espaço deve ser precedida de data, nome e função do profissional responsável pela mesma)



EVOLUÇÃO DO ACOMPANHAMENTO FAMILIAR

Lined writing area for notes



PLANEJAMENTO E EVOLUÇÃO DO ACOMPANHAMENTO FAMILIAR

EVOLUÇÃO DO ACOMPANHAMENTO FAMILIAR

Ruled lines for text entry.

PLANEJAMENTO E EVOLUÇÃO DO ACOMPANHAMENTO FAMILIAR**REGISTRO SINTÉTICO DE AVALIAÇÃO DE RESULTADOS DO ACOMPANHAMENTO FAMILIAR**

A Avaliação de Resultados do Acompanhamento Familiar pode ser realizada a qualquer momento, a critério do profissional responsável. Entretanto, recomenda-se que o registro sintético da avaliação de resultados seja preenchido, no mínimo, uma vez a cada seis meses durante o período de acompanhamento; e obrigatoriamente, sempre que houver o desligamento de uma família do PAIF ou PAEFI.

A Avaliação de Resultados deve ser realizada com a participação da família acompanhada (ou indivíduo), e a avaliação do profissional também deve considerar as opiniões e percepções da própria família (ou indivíduo). Deve, ainda, haver especial atenção com a identificação dos fatores que contribuíram, ou que dificultaram, o alcance dos resultados esperados.

Nome do Profissional Responsável: _____
Data da Avaliação: ____/____/____ **Número de meses que a família está sendo acompanhada:** |_|_| meses

Foram efetivamente disponibilizadas para a família/indivíduo todas as ofertas de Assistência Social (em termos de serviços, benefícios, programas e projetos) cuja necessidade havia sido identificada pelo profissional?
 Sim Parcialmente Não

Em relação aos encaminhamentos da família/indivíduo para as demais políticas, houve atendimento efetivo e resolutivo por parte da área que recebeu o(s) encaminhamento(s)?
 Sim Parcialmente Não Não se aplica, pois não houve necessidade de encaminhamentos para outra áreas

A família reconhece o Serviço de Acompanhamento como algo que contribui para a superação ou enfrentamento dos seus problemas e dificuldades e deseja continuar recebendo atenções deste Serviço?
 Sim Parcialmente Não

Como você classifica os resultados obtidos, até o presente momento, no que se refere à ampliação da capacidade de enfrentamento ou superação das condições de vulnerabilidade e/ou risco social e pessoal por parte da família/indivíduo?
 Houve um agravamento/piora em relação à situação inicial da família/indivíduo
 A situação atual é equivalente à situação inicial, sem avanços identificáveis
 Houve avanço/melhora da capacidade de enfrentamento ou de superação dos riscos e vulnerabilidades
 Houve significativo avanço/melhora da capacidade de enfrentamento ou de superação dos riscos e vulnerabilidades, justificando-se o desligamento do acompanhamento sistemático, sem prejuízo da eventual permanência da família ou indivíduo em outros programas, projetos, serviços ou benefícios da Assistência Social.

Registre, descritivamente, os principais resultados alcançados, bem como fatores que contribuíram ou dificultaram o alcance dos resultados:



PLANEJAMENTO E EVOLUÇÃO DO ACOMPANHAMENTO FAMILIAR

REGISTRO SINTÉTICO DE AVALIAÇÃO DE RESULTADOS DO ACOMPANHAMENTO FAMILIAR

Nome do Profissional Responsável: _____

Data da Avaliação: ____/____/____

Número de meses que a família está sendo acompanhada: |__|_| meses

Foram efetivamente disponibilizadas para a família/indivíduo todas as ofertas de Assistência Social (em termos de serviços, benefícios, programas e projetos) cuja necessidade havia sido identificada pelo profissional?

Sim Parcialmente Não

Em relação aos encaminhamentos da família/indivíduo para as demais políticas, houve atendimento efetivo e resolutivo por parte da área que recebeu o(s) encaminhamento(s)?

Sim Parcialmente Não Não se aplica, pois não houve necessidade de encaminhamentos para outra áreas

A família reconhece o Serviço de Acompanhamento como algo que contribui para a superação ou enfrentamento dos seus problemas e dificuldades e deseja continuar recebendo atenções deste Serviço?

Sim Parcialmente Não

Como você classifica os resultados obtidos, até o presente momento, no que se refere à ampliação da capacidade de enfrentamento ou superação das condições de vulnerabilidade e/ou risco social e pessoal por parte da família/indivíduo?

- Houve um agravamento/piora em relação à situação inicial da família/indivíduo
- A situação atual é equivalente à situação inicial, sem avanços identificáveis
- Houve avanço/melhora da capacidade de enfrentamento ou de superação dos riscos e vulnerabilidades
- Houve significativo avanço/melhora da capacidade de enfrentamento ou de superação dos riscos e vulnerabilidades, justificando-se o desligamento do acompanhamento sistemático, sem prejuízo da eventual permanência da família ou indivíduo em outros programas, projetos, serviços ou benefícios da Assistência Social.

Registre, descritivamente, os principais resultados alcançados, bem como fatores que contribuíram ou dificultaram o alcance dos resultados:



PLANEJAMENTO E EVOLUÇÃO DO ACOMPANHAMENTO FAMILIAR

REGISTRO SINTÉTICO DE AVALIAÇÃO DE RESULTADOS DO ACOMPANHAMENTO FAMILIAR

Nome do Profissional Responsável: _____

Data da Avaliação: ____/____/____

Número de meses que a família está sendo acompanhada: |__|__| meses

Foram efetivamente disponibilizadas para a família/indivíduo todas as ofertas de Assistência Social (em termos de serviços, benefícios, programas e projetos) cuja necessidade havia sido identificada pelo profissional?

Sim Parcialmente Não

Em relação aos encaminhamentos da família/indivíduo para as demais políticas, houve atendimento efetivo e resolutivo por parte da área que recebeu o(s) encaminhamento(s)?

Sim Parcialmente Não Não se aplica, pois não houve necessidade de encaminhamentos para outra áreas

A família reconhece o Serviço de Acompanhamento como algo que contribui para a superação ou enfrentamento dos seus problemas e dificuldades e deseja continuar recebendo atenções deste Serviço?

Sim Parcialmente Não

Como você classifica os resultados obtidos, até o presente momento, no que se refere à ampliação da capacidade de enfrentamento ou superação das condições de vulnerabilidade e/ou risco social e pessoal por parte da família/indivíduo?

Houve um agravamento/piora em relação à situação inicial da família/indivíduo

A situação atual é equivalente à situação inicial, sem avanços identificáveis

Houve avanço/melhora da capacidade de enfrentamento ou de superação dos riscos e vulnerabilidades

Houve significativo avanço/melhora da capacidade de enfrentamento ou de superação dos riscos e vulnerabilidades, justificando-se o desligamento do acompanhamento sistemático, sem prejuízo da eventual permanência da família ou indivíduo em outros programas, projetos, serviços ou benefícios da Assistência Social.

Registre, descritivamente, os principais resultados alcançados, bem como fatores que contribuíram ou dificultaram o alcance dos resultados:



PLANEJAMENTO E EVOLUÇÃO DO ACOMPANHAMENTO FAMILIAR

REGISTRO SINTÉTICO DE AVALIAÇÃO DE RESULTADOS DO ACOMPANHAMENTO FAMILIAR

Nome do Profissional Responsável: _____

Data da Avaliação: ___/___/_____

Número de meses que a família está sendo acompanhada: |_|_| meses

Foram efetivamente disponibilizadas para a família/indivíduo todas as ofertas de Assistência Social (em termos de serviços, benefícios, programas e projetos) cuja necessidade havia sido identificada pelo profissional?

Sim Parcialmente Não

Em relação aos encaminhamentos da família/indivíduo para as demais políticas, houve atendimento efetivo e resolutivo por parte da área que recebeu o(s) encaminhamento(s)?

Sim Parcialmente Não Não se aplica, pois não houve necessidade de encaminhamentos para outra áreas

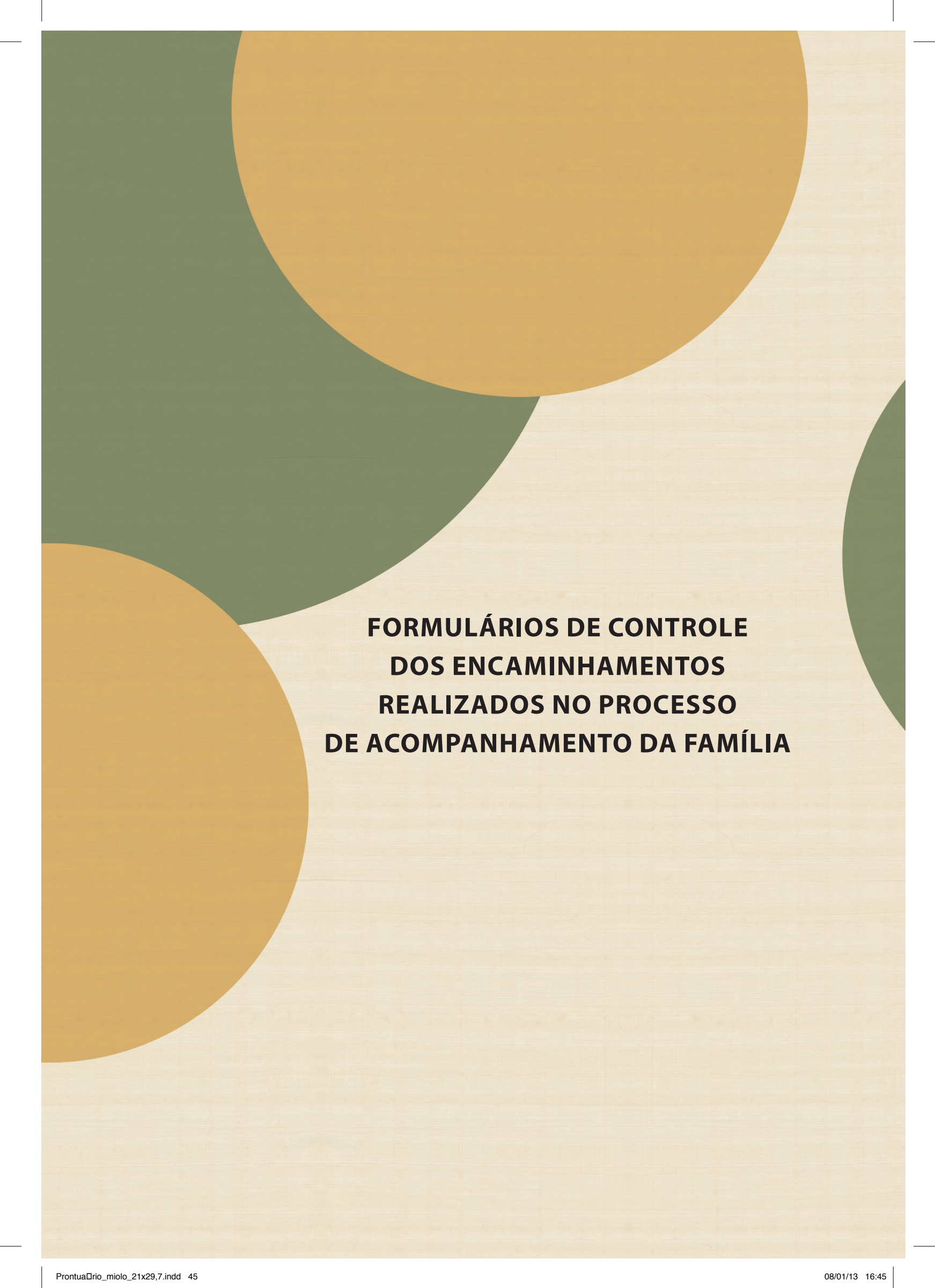
A família reconhece o Serviço de Acompanhamento como algo que contribui para a superação ou enfrentamento dos seus problemas e dificuldades e deseja continuar recebendo atenções deste Serviço?

Sim Parcialmente Não

Como você classifica os resultados obtidos, até o presente momento, no que se refere à ampliação da capacidade de enfrentamento ou superação das condições de vulnerabilidade e/ou risco social e pessoal por parte da família/indivíduo?

- Houve um agravamento/piora em relação à situação inicial da família/indivíduo
- A situação atual é equivalente à situação inicial, sem avanços identificáveis
- Houve avanço/melhora da capacidade de enfrentamento ou de superação dos riscos e vulnerabilidades
- Houve significativo avanço/melhora da capacidade de enfrentamento ou de superação dos riscos e vulnerabilidades, justificando-se o desligamento do acompanhamento sistemático, sem prejuízo da eventual permanência da família ou indivíduo em outros programas, projetos, serviços ou benefícios da Assistência Social.

Registre, descritivamente, os principais resultados alcançados, bem como fatores que contribuíram ou dificultaram o alcance dos resultados:



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



TABELA DE CÓDIGOS DE ENCAMINHAMENTOS

- 05 – Para Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos voltados a crianças e adolescentes
- 06 – Para Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos voltados para idosos
- 07 – Para atualização cadastral no CadÚnico (inclusive quando realizada nesta própria Unidade)
- 08 – Para inclusão no CadÚnico (inclusive quando realizada nesta própria Unidade)
- 09 – Para o INSS, visando acesso ao BPC
- 10 – Para o INSS, visando acesso a outros direitos, que não o BPC
- 11 – Para acesso a Benefícios Eventuais
- 12 – Para acesso a Documentação Civil (Certidão de Nascimento, RG, Carteira de Trabalho, etc)
- 13 – Encaminhamento do CRAS para o CREAS (marcação exclusiva para o CRAS)
- 14 – Encaminhamento do CREAS para o CRAS (marcação exclusiva para o CREAS)
- 15 – Encaminhamento para outras unidades/serviços de Proteção Social Especial

- 30 – Para Serviços de Saúde Bucal (por exemplo: Brasil Sorridente)
- 31 – Para Serviços de Saúde Mental
- 32 – Para Serviços de Saúde voltados ao acesso de órteses e próteses para pessoas com deficiência
- 33 – Para Unidades de Saúde da Família
- 34 – Para outros serviços ou unidades do Sistema Único de Saúde

- 40 – Para Educação – Creche e Pré-escola (ensino infantil)
- 41 – Para Educação – Rede regular de ensino (ensino fundamental e ensino médio)
- 42 – Para Educação de Jovens de Adultos (por exemplo: Brasil Alfabetizado)

- 50 – Para Serviços, Programas ou Projetos voltados à capacitação profissional
- 51 – Para Serviços, Programas ou Projetos voltados à geração de trabalho e renda
- 52 – Para Serviços, Programas ou Projetos voltados à intermediação de mão-de-obra
- 53 – Para acesso a microcrédito
- 54 – Para o Programa BPC-Trabalho

- 60 – Para programa da área de habitação
- 61 – Para acesso à Tarifa Social de Energia Elétrica

- 70 – Para Conselho Tutelar
- 71 – Para Poder Judiciário
- 72 – Para Ministério Público
- 73 – Para Defensoria Pública
- 74 – Para Delegacias (especializadas ou não)

- 85 – Outros encaminhamentos (código livre, a ser utilizado conforme interesse específico de cada município)
- 86 – Outros encaminhamentos (código livre, a ser utilizado conforme interesse específico de cada município)
- 87 – Outros encaminhamentos (código livre, a ser utilizado conforme interesse específico de cada município)
- 88 – Outros encaminhamentos (código livre, a ser utilizado conforme interesse específico de cada município)
- 89 – Outros encaminhamentos (código livre, a ser utilizado conforme interesse específico de cada município)

Registro de Encaminhamento

Código da área para a qual está sendo realizado o encaminhamento:
(Utilize a tabela de códigos)

Especifique o Órgão/Unidade para o qual está sendo feito este encaminhamento:

Objetivo/Motivo:

Data: ___/___/_____

Nome do Profissional:

Registre no verso desse canhoto o resumo das informações de acompanhamento relativas a esse encaminhamento



Formulário de Encaminhamento

SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – SUAS

(Para informações básicas de contra-referência, utilize o verso desta ficha)

Encaminho o Sr(a) _____
e solicito atenção para seu atendimento, no(a) _____

localizado(a) na _____

tendo em consideração as necessidades identificadas pela Assistência Social e expostas a seguir:

Data: ___/___/_____

Nome da Unidade responsável pela origem do encaminhamento:

Telefone para contato: _____

Nome do Profissional: _____

Registro de Encaminhamento

Código da área para a qual está sendo realizado o encaminhamento:
(Utilize a tabela de códigos)

Especifique o Órgão/Unidade para o qual está sendo feito este encaminhamento:

Objetivo/Motivo:

Data: ___/___/_____

Nome do Profissional:

Registre no verso desse canhoto o resumo das informações de acompanhamento relativas a esse encaminhamento

Formulário de Encaminhamento

SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – SUAS

(Para informações básicas de contra-referência, utilize o verso desta ficha)

Encaminho o Sr(a) _____
e solicito atenção para seu atendimento, no(a) _____

localizado(a) na _____

tendo em consideração as necessidades identificadas pela Assistência Social e expostas a seguir:

Data: ___/___/_____

Nome da Unidade responsável pela origem do encaminhamento:

Telefone para contato: _____

Nome do Profissional: _____



Anotações de Contra-referência

(Para informações básicas de contra-referência, utilize esta lado da ficha)

Acompanhamento do Encaminhamento

Anotações de Contra-referência

(Para informações básicas de contra-referência, utilize esta lado da ficha)

Acompanhamento do Encaminhamento

Registro de Encaminhamento

Código da área para a qual está sendo realizado o encaminhamento:
(Utilize a tabela de códigos)

Especifique o Órgão/Unidade para o qual está sendo feito este encaminhamento:

Objetivo/Motivo:

Data: ___/___/_____

Nome do Profissional:

Registre no verso desse canhoto o resumo das informações de acompanhamento relativas a esse encaminhamento

**Formulário de Encaminhamento****SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – SUAS**

(Para informações básicas de contra-referência, utilize o verso desta ficha)

Encaminho o Sr(a) _____
e solicito atenção para seu atendimento, no(a) _____

localizado(a) na _____

tendo em consideração as necessidades identificadas pela Assistência Social e expostas a seguir :

Data: ___/___/_____

Nome da Unidade responsável pela origem do encaminhamento:

Telefone para contato: _____
Nome do Profissional: _____

Registro de Encaminhamento

Código da área para a qual está sendo realizado o encaminhamento:
(Utilize a tabela de códigos)

Especifique o Órgão/Unidade para o qual está sendo feito este encaminhamento:

Objetivo/Motivo:

Data: ___/___/_____

Nome do Profissional:

Registre no verso desse canhoto o resumo das informações de acompanhamento relativas a esse encaminhamento

Formulário de Encaminhamento**SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – SUAS**

(Para informações básicas de contra-referência, utilize o verso desta ficha)

Encaminho o Sr(a) _____
e solicito atenção para seu atendimento, no(a) _____

localizado(a) na _____

tendo em consideração as necessidades identificadas pela Assistência Social e expostas a seguir:

Data: ___/___/_____

Nome da Unidade responsável pela origem do encaminhamento:

Telefone para contato: _____
Nome do Profissional: _____



Anotações de Contra-referência

(Para informações básicas de contra-referência, utilize esta lado da ficha)

Acompanhamento do Encaminhamento

Anotações de Contra-referência

(Para informações básicas de contra-referência, utilize esta lado da ficha)

Acompanhamento do Encaminhamento

Registro de Encaminhamento

Código da área para a qual está sendo realizado o encaminhamento:
(Utilize a tabela de códigos)

Especifique o Órgão/Unidade para o qual está sendo feito este encaminhamento:

Objetivo/Motivo:

Data: ___/___/_____

Nome do Profissional:

Registre no verso desse canhoto o resumo das informações de acompanhamento relativas a esse encaminhamento

**Formulário de Encaminhamento****SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – SUAS**

(Para informações básicas de contra-referência, utilize o verso desta ficha)

Encaminho o Sr(a) _____
e solicito atenção para seu atendimento, no(a) _____

localizado(a) na _____

tendo em consideração as necessidades identificadas pela Assistência Social e expostas a seguir:

Data: ___/___/_____

Nome da Unidade responsável pela origem do encaminhamento:

Telefone para contato: _____
Nome do Profissional: _____

Registro de Encaminhamento

Código da área para a qual está sendo realizado o encaminhamento:
(Utilize a tabela de códigos)

Especifique o Órgão/Unidade para o qual está sendo feito este encaminhamento:

Objetivo/Motivo:

Data: ___/___/_____

Nome do Profissional:

Registre no verso desse canhoto o resumo das informações de acompanhamento relativas a esse encaminhamento

Formulário de Encaminhamento**SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – SUAS**

(Para informações básicas de contra-referência, utilize o verso desta ficha)

Encaminho o Sr(a) _____
e solicito atenção para seu atendimento, no(a) _____

localizado(a) na _____

tendo em consideração as necessidades identificadas pela Assistência Social e expostas a seguir:

Data: ___/___/_____

Nome da Unidade responsável pela origem do encaminhamento:

Telefone para contato: _____
Nome do Profissional: _____



Anotações de Contra-referência

Acompanhamento do Encaminhamento

(Para informações básicas de contra-referência, utilize esta lado da ficha)

Anotações de Contra-referência

Acompanhamento do Encaminhamento

(Para informações básicas de contra-referência, utilize esta lado da ficha)

Registro de Encaminhamento

Código da área para a qual está sendo realizado o encaminhamento:
(Utilize a tabela de códigos)

Especifique o Órgão/Unidade para o qual está sendo feito este encaminhamento:

Objetivo/Motivo:

Data: ___/___/_____

Nome do Profissional:

Registre no verso desse canhoto o resumo das informações de acompanhamento relativas a esse encaminhamento

**Formulário de Encaminhamento****SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – SUAS**

(Para informações básicas de contra-referência, utilize o verso desta ficha)

Encaminho o Sr(a) _____
e solicito atenção para seu atendimento, no(a) _____

localizado(a) na _____

tendo em consideração as necessidades identificadas pela Assistência Social e expostas a seguir:

Data: ___/___/_____

Nome da Unidade responsável pela origem do encaminhamento:

Telefone para contato: _____
Nome do Profissional: _____

Registro de Encaminhamento

Código da área para a qual está sendo realizado o encaminhamento:
(Utilize a tabela de códigos)

Especifique o Órgão/Unidade para o qual está sendo feito este encaminhamento:

Objetivo/Motivo:

Data: ___/___/_____

Nome do Profissional:

Registre no verso desse canhoto o resumo das informações de acompanhamento relativas a esse encaminhamento

Formulário de Encaminhamento**SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – SUAS**

(Para informações básicas de contra-referência, utilize o verso desta ficha)

Encaminho o Sr(a) _____
e solicito atenção para seu atendimento, no(a) _____

localizado(a) na _____

tendo em consideração as necessidades identificadas pela Assistência Social e expostas a seguir:

Data: ___/___/_____

Nome da Unidade responsável pela origem do encaminhamento:

Telefone para contato: _____
Nome do Profissional: _____



Anotações de Contra-referência

(Para informações básicas de contra-referência, utilize esta lado da ficha)

Acompanhamento do Encaminhamento

Anotações de Contra-referência

(Para informações básicas de contra-referência, utilize esta lado da ficha)

Acompanhamento do Encaminhamento

Registro de Encaminhamento

Código da área para a qual está sendo realizado o encaminhamento:
(Utilize a tabela de códigos)

Especifique o Órgão/Unidade para o qual está sendo feito este encaminhamento:

Objetivo/Motivo:

Data: ___/___/_____

Nome do Profissional:

Registre no verso desse canhoto o resumo das informações de acompanhamento relativas a esse encaminhamento

**Formulário de Encaminhamento****SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – SUAS**

(Para informações básicas de contra-referência, utilize o verso desta ficha)

Encaminho o Sr(a) _____
e solicito atenção para seu atendimento, no(a) _____

localizado(a) na _____

tendo em consideração as necessidades identificadas pela Assistência Social e expostas a seguir:

Data: ___/___/_____

Nome da Unidade responsável pela origem do encaminhamento:

Telefone para contato: _____
Nome do Profissional: _____

Registro de Encaminhamento

Código da área para a qual está sendo realizado o encaminhamento:
(Utilize a tabela de códigos)

Especifique o Órgão/Unidade para o qual está sendo feito este encaminhamento:

Objetivo/Motivo:

Data: ___/___/_____

Nome do Profissional:

Registre no verso desse canhoto o resumo das informações de acompanhamento relativas a esse encaminhamento

Formulário de Encaminhamento**SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – SUAS**

(Para informações básicas de contra-referência, utilize o verso desta ficha)

Encaminho o Sr(a) _____
e solicito atenção para seu atendimento, no(a) _____

localizado(a) na _____

tendo em consideração as necessidades identificadas pela Assistência Social e expostas a seguir:

Data: ___/___/_____

Nome da Unidade responsável pela origem do encaminhamento:

Telefone para contato: _____
Nome do Profissional: _____



Anotações de Contra-referência

Acompanhamento do Encaminhamento

(Para informações básicas de contra-referência, utilize esta lado da ficha)

Anotações de Contra-referência

Acompanhamento do Encaminhamento

(Para informações básicas de contra-referência, utilize esta lado da ficha)
