



SERVIÇO DE PROTEÇÃO SOCIAL A ADOLESCENTES EM
CUMPRIMENTO DE MEDIDA SOCIOEDUCATIVA

Plano Individual de Atendimento - P.I.A.-

Objetiva potencializar a construção de um novo projeto de vida,
a ser planejado junto ao adolescentes e seus responsáveis.

1. Identificação do adolescente:

Nome:	
Data de nascimento:	
Responsáveis:	
Endereço:	
Telefones:	
Estado Civil:	
Naturalidade:	

2. Sobre o Ato infracional:

Nº do Processo:	
Ato Infracional:	
Medida Aplicada:	
Outros processos:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Quais:
Assessoramento Jurídico:	<input type="checkbox"/> Defensor Público <input type="checkbox"/> Defensor Particular
O que motivou o adolescente a praticar o ato infracional?	
Qual a reflexão do adolescente frente às consequências do ato infracional?	

3. Documentação:			
Documento:	Nº do documento	Não possui	Orientações e encaminhamento ao órgão oficial e/ou:
RG – Registro Geral			
CPF – Cadastro Pessoa Física			
Certidão de Nascimento			
Titulo de Eleitor			
Alistamento Militar			
Carteira Profissional / PIS			
Carteira do SUS			

4. Situação Escolar:	
Grau de Escolaridade:	
Está estudando:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO - ano que abandonou: - última instituição que frequentou:
Pretende retornar:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Encaminhamentos/Escola:	
Meta:	
Atestado de Matrícula.	Início: ____/____/____

5. Relações Familiares, Afetivas e Sociais:					
Constituição Familiar Atual: <input type="checkbox"/> Nuclear; <input type="checkbox"/> Nuclear-ampliada; <input type="checkbox"/> Ampliada; <input type="checkbox"/> Monoparental; <input type="checkbox"/> Recompоста; <input type="checkbox"/> Mosaico; <input type="checkbox"/> Unipessoal; <input type="checkbox"/> Homoafetiva					
Nome:	Parentesco:	Idade:	Profissão/ Ocupação:	Local de trabalho:	Renda mensal:
<p>*Nuclear: casal e filhos desta relação conjugal</p> <p>*Nuclear-ampliada: pais e filhos + outros familiares que não filhos (avós, tios, sobrinhos, primos...)</p> <p>*Ampliada: reside com outros familiares que não são seus pais (avós, tios, irmãos casados...)</p>					

***Monoparental:** apenas um genitor: mãe ou pai + filhos (geralmente solteiros, separados/divorciados, viúvos)
 ***Recomposta:** um genitor + filhos (de ambos, podendo ser das relações anteriores) + padrasto ou madrasta
 ***Mosaico:** indivíduos que residem juntos sem necessariamente terem vínculos parentais (amigos + familiares + companheiros...)
 ***Unipessoal:** apenas um indivíduo
 ***Homoafetiva:** casal do mesmo sexo, sem filhos.

A família recebe algum benefício do governo? ()Sim ()Não

Quais benefícios recebem? _____

6. Situação Habitacional:

Condição da moradia:	()Própria	()Alugada – valor mensal: R\$
	()Cedida	()Financiada – valor mensal: R\$
Nº de Cômodos:	()Quartos; ()Cozinha; ()Sala; ()Banheiro; ()Lavação; ()Garagem; () Outros	

7. Profissionalização:

Está trabalhando:	() SIM () NÃO	Local:
	Salário:	Horário:
Registro em Carteira	() SIM () NÃO	
Experiências anteriores:		
Já participou de cursos profissionalizantes:	() SIM () NÃO	Quais:
	Quando:	
Gostaria de participar:	() SIM () NÃO	Qual:
	Encaminhamentos:	

8. Lazer, Cultura e Esportes:

Participa de alguma atividade cultural:	() SIM () NÃO	Qual:
Gostaria de participar:	() SIM () NÃO	Qual:
Participa de atividade desportiva:	() SIM () NÃO	Qual:
Gostaria de participar:	() SIM () NÃO	Qual:
O que faz nas horas livres (lazer):		

9. Aspectos de Saúde:

Apresenta problema de saúde:	() SIM () NÃO	Qual:
Já fez ou faz tratamento	() SIM () NÃO	Quando:

psicológico/psiquiátrico:	Por quanto tempo:
Cigarros:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Desde quando: Frequência: Quantidade:
Bebidas alcoólicas:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Desde quando: Frequência: Quantidade:
Outras drogas:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Qual: Desde quando: Frequência: Quantidade:
Já foi internado para tratamento/desintoxicação:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Quando: Onde: Período: Encaminhamento:
Utiliza algum medicamento:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Qual:
Doenças na família:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Quem: Qual:

10. Respeito aos horários estabelecidos pela família:

Chega tarde da noite em casa:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Compromisso:	
Quanto tempo passa na rua:	<input type="checkbox"/> Maior parte do dia <input type="checkbox"/> Meio período <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Nunca
Necessidade de Tabela de Horários:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO

11. Em relação ao Adolescente:

Têm planos para o futuro?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Quais:
A família corresponde a este interesse?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO De que forma:
O adolescente recebe algum tipo de influência negativa?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Quais Por parte de quem:

12. Outras ações/Anotações:

--

13. Com base nos dados apresentados pelas partes e nos objetivos declarados pelo adolescente, seguem as orientações e atividades de integração e apoio à família, com o plano de ações conjuntas:

Demandas:	Ações:	Quem executa:	Prazos:

***Constará em anexo a este Plano Individual de Atendimento o Resultado da Avaliação Interdisciplinar da equipe do serviço de Medidas Socioeducativas.**

OBJETIVOS ESPECÍFICOS JUNTO À FAMÍLIA

- Firmar vínculos de confiança entre o serviço de medidas socioeducativas, a família e o adolescente;
- Estabelecer com a família uma relação de ajuda mútua em torno das necessidades do adolescente;
- Auxiliar a família na compreensão de sua dinâmica diária, dificuldades e a relação na conduta com o adolescente;
- Informar, orientar e apoiar a família na busca de serviços públicos e/ou privados, que possam suprir suas necessidades, promovendo a autonomia e o resgate de seus direitos;
- Obter um diagnóstico psicossocial da família no sentido de facilitar a compreensão do adolescente e sua história, o que resultará em um adequado planejamento interventivo durante o período de cumprimento da medida socioeducativa.

Rio do Sul, / /2012.

Adolescente

Responsável

Técnicos

Instrumento elaborado pela equipe de atendimento socioeducativo do CREAS de Rio do Sul – SC
Claudia Mara Fronza da Silva – Assistente Social
Julio Cesar Alves – Psicólogo
Rita Ferrari Cuco - Psicopedagoga

14. Avaliação Interdisciplinar

Colocamo-nos à disposição para maiores esclarecimentos.

Respeitosamente,

Equipe de Atendimento Socioeducativo

Rio do Sul, 2012.