Ministério do
Desenvolvimento Social
e Combate à Fome

PRONTUÁRIO SUAS

Sistema Único de Assistência Social

REGISTRO SIMPLIFICADO DOS ATENDIMENTOS (CONTINUAÇÃO)					
Nº	Data de Atendimento	Nº de Ordem da pessoa	Descrição Sumária do Atendimento	Código	Nome do Técnico Responsável
41	____/____/____				
42	____/____/____				
43	____/____/____				
44	____/____/____				
45	____/____/____				
46	____/____/____				
47	____/____/____				
48	____/____/____				
49	____/____/____				
50	____/____/____				
51	____/____/____				
52	____/____/____				
53	____/____/____				
54	____/____/____				
55	____/____/____				
56	____/____/____				
57	____/____/____				
58	____/____/____				
59	____/____/____				
60	____/____/____				
61	____/____/____				
62	____/____/____				
63	____/____/____				
64	____/____/____				
65	____/____/____				
66	____/____/____				
67	____/____/____				
68	____/____/____				
69	____/____/____				
70	____/____/____				
71	____/____/____				
72	____/____/____				
73	____/____/____				
74	____/____/____				
75	____/____/____				
76	____/____/____				
77	____/____/____				
78	____/____/____				
79	____/____/____				
80	____/____/____				

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

NOME DA PESSOA DE REFERÊNCIA NA FAMÍLIA:

_____

Nº DO PRONTUÁRIO:_____

TIPO DE UNIDADE: |__| CRAS |__| CREAS

Nº DA UNIDADE: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

NOME DA UNIDADE: _____

Prontua□rio_miolo_21x29,7.indd 1 08/01/13 16:45

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

Prontua□rio_miolo_21x29,7.indd 2 08/01/13 16:45

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).

Prontua□rio_miolo_21x29,7.indd 3 08/01/13 16:45

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): _____

_____

Prontuário_miolo_21x29,7.indd 5 08/01/13 16:45

ProntuaRio_miolo_21x29,7.indd 6

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	___/___/___			( )	|_| 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 - 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=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	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: _____

08/01/13 16:45

COMPOSIÇÃO FAMILIAR

Outras observações referentes ao diagnóstico da composição famíliar
(Atenção! Toda anotação incluída neste espaço deve ser precedida de data, nome e função do profissional responsável pela mesma)

Prontuário_miolo_21x29,7.indd 7 08/01/13 16:45

CONDIÇÕES HABITACIONAIS DA FAMÍLIA

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

Data da Anotação: ____ / ____ / _____ ____ / ____ / _____

Prontuário_miolo_21x29,7.indd 8 08/01/13 16:45

CONDIÇÕES HABITACIONAIS DA FAMÍLIA

Outras observações referentes ao diagnóstico das condições habitacionais da família
(Atenção! Toda anotação incluída neste espaço deve ser precedida de data, nome e função do profissional responsável pela mesma)

Prontuário_miolo_21x29,7.indd 9 08/01/13 16:45

ProntuaDrio_miolo_21x29,7.indd 10

CONDIÇÕES EDUCACIONAIS 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	Sabe ler e escrever?	Frequenta escola atualmente? 1° Anotação	Atualização	Atualização	Escolaridade (Última série concluída com aprovação) 1° Anotação	Atualização	Atualização	Códigos de escolaridade
1			( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não				**00** – Nunca frequentou escola **01**- Creche **02** - Educação Infantil **11** – 1º ano E. Fundamental **12** – 2º ano E. Fundamental **13** – 3º ano E. Fundamental **14** – 4º ano E. Fundamental **15** – 5º ano E. Fundamental **16** – 6º ano E. Fundamental **17** – 7º ano E. Fundamental **18** – 8º ano E. Fundamental **19** – 9º ano E. Fundamental **21** – 1º ano E. Médio **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
2			( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não				
3			( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não				
4			( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não				
5			( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não				
6			( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não				
7			( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não				
8			( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não				
9			( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não				
10			( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não				
11			( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não				
12			( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não				
13			( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não				
14			( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não				

Indentificação 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	**1**. Advertência **2**. Bloqueio **3**. Suspensão **4**. Cancelamento
	____ / ____		( ) Sim ( ) Não	
	____ / ____		( ) Sim ( ) Não	
	____ / ____		( ) Sim ( ) Não	
	____ / ____		( ) Sim ( ) Não	
	____ / ____		( ) Sim ( ) Não	
	____ / ____		( ) Sim ( ) Não	

08/01/13 16:45

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)

Prontuário_miolo_21x29,7.indd 11 08/01/13 16:45

ProntuaDrio_miolo_21x29_7.indd 12

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$) Aqui não devem ser considerados recursos recebidos de Programas Sociais, tais como BPC ou Bolsa Família		
				1° Anotação	Atualização	Atualização			1° Anotação	Atualização	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

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, 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.

08/01/13 16:45

CONDIÇÕES DE TRABALHO E RENDIMENTOS DA FAMÍLIA

Outras observações referentes ao diagnóstico das condições de trabalho e rendimentos da família
(Atenção! Toda anotação incluída neste espaço deve ser precedida de data, nome e função do profissional responsável pela mesma)

Importante! Para uma melhor avaliação da condição econômica da família, é necessário que além da renda, você conheça também os principais gastos/despesas da família, especialmente despesas com aluguel e com medicamentos de uso contínuo.

Prontuário_miolo_21x29,7.indd 13 08/01/13 16:45

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** - Sindrome 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 crak 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:

N° 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

N° de Ordem	Primeiro Nome	Semestre de ocorrência (Semestre/Ano)	*Efeito (código)	Solicitada suspensão do efeito?	* Códigos para os Efeitos gerados por descumprimento da Condicionalidades
				( ) Sim ( ) Não	1. Advertência 2. Bloqueio 3. Suspensão 4. Cancelamento
				( ) Sim ( ) Não	
				( ) Sim ( ) Não	
				( ) Sim ( ) Não	
				( ) Sim ( ) Não	

ProntuaCrio_miolo_21x29,7.indd 14 08/01/13 16:45

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.

Prontuário_miolo_21x29,7.indd 15 08/01/13 16:45

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)
____/____/____				
____/____/____				
____/____/____				

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)

Prontua□rio_miolo_21x29,7.indd 17 08/01/13 16:45

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 <u>não tem acesso</u> a atividades de lazer, recreação e convívio social?
|__| Sim |__| Não |__| *Não se aplica (família sem criança/adolescente)*

Existe algum idoso do grupo familiar que <u>não tem acesso</u> 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) enteados(as), 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.

Prontua□rio_miolo_21x29,7.indd 18 08/01/13 16:45

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)

Prontua□rio_miolo_21x29,7.indd 19 08/01/13 16:45

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)*

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.

Prontua□rio_miolo_21x29,7.indd 20 08/01/13 16:45

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)*

Prontua□rio_miolo_21x29,7.indd 21 08/01/13 16:45

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?	(ATUALIZAÇAO) 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	__/__
|__| Tráfico de Pessoas	( ) Sim ( ) Não	__/__	( ) Sim ( ) Não	__/__
|__| Violência Patrimonial contra Idoso ou PCD	( ) Sim ( ) Não	__/__	( ) Sim ( ) Não	__/__
|__| 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 detectas 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	Indício ou Confirmada	Data do Registro (mês/ano)	* Código de Situações
		( ) Indício ( ) 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
		( ) Indício ( ) Confirmada	__/__	
		( ) Indício ( ) Confirmada	__/__	
		( ) 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.

ProntuaÇrio_miolo_21x29,7.indd 22 08/01/13 16:45

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)

Prontuário_miolo_21x29,7.indd 23 08/01/13 16:45

HISTÓRICO DE CUMPRIMENTO DE MEDIAS SOCIOEDUCATIVAS

Histórico de Aplicação de Medidas Socioeducativas para Adolescentes

N°	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.

N°	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:

ProntuaÇrio_miolo_21x29,7.indd 24 08/01/13 16:45

HISTÓRICO DE CUMPRIMENTO DE MEDIAS SOCIOEDUCATIVAS

Outras observações referentes ao histórico de cumprimento de medidas socioeducativas

As anotações relativas ao processo de acompanhamento do adolescente em cumprimento de Medida Socoeducativa 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)

Prontua□rio_miolo_21x29,7.indd 25 08/01/13 16:45

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:

N°	Nº de Ordem da pessoa	Primeiro nome	Período do Acolhimento		Motifvo
			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 (abrigamento) 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.

Prontua□rio_miolo_21x29,7.indd 26 08/01/13 16:45

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)

Prontua□rio_miolo_21x29,7.indd 27 08/01/13 16:45

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
|__|	___/___/___	|__|	___/___/___	|__|	**1** - Avaliação técnica **2** - Evasão ou recusa da Família **3** - Mudança de município **4** - Outros
|__|	___/___/___	|__|	___/___/___	|__|	
|__|	___/___/___	|__|	___/___/___	|__|	
|__|	___/___/___	|__|	___/___/___	|__|	

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)

Prontuário_miolo_21x29,7.indd 28 08/01/13 16:45

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)

Prontua□rio_miolo_21x29,7.indd 29 08/01/13 16:45

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)

Prontuário_miolo_21x29,7.indd 30 08/01/13 16:45

EVOLUÇÃO DO ACOMPANHAMENTO FAMILIAR

Prontua□rio_miolo_21x29,7.indd 31 08/01/13 16:45

EVOLUÇÃO DO ACOMPANHAMENTO FAMILIAR

Prontua□rio_miolo_21x29,7.indd 32 08/01/13 16:45

EVOLUÇÃO DO ACOMPANHAMENTO FAMILIAR

Prontua□rio_miolo_21x29,7.indd 33 08/01/13 16:45

EVOLUÇÃO DO ACOMPANHAMENTO FAMILIAR

Prontua□rio_miolo_21x29,7.indd 34 08/01/13 16:45

EVOLUÇÃO DO ACOMPANHAMENTO FAMILIAR

Prontua□rio_miolo_21x29,7.indd 35 08/01/13 16:45

EVOLUÇÃO DO ACOMPANHAMENTO FAMILIAR

Prontua□rio_miolo_21x29,7.indd 36 08/01/13 16:45

EVOLUÇÃO DO ACOMPANHAMENTO FAMILIAR

Prontua□rio_miolo_21x29,7.indd 37 08/01/13 16:45

EVOLUÇÃO DO ACOMPANHAMENTO FAMILIAR

Prontua□rio_miolo_21x29,7.indd 38 08/01/13 16:45

EVOLUÇÃO DO ACOMPANHAMENTO FAMILIAR

Prontua□rio_miolo_21x29,7.indd 39 08/01/13 16:45

EVOLUÇÃO DO ACOMPANHAMENTO FAMILIAR

Prontua□rio_miolo_21x29,7.indd 40 08/01/13 16:45

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:

Prontuário_miolo_21x29,7.indd 41 08/01/13 16:45

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:

Prontua□rio_miolo_21x29,7.indd 42 08/01/13 16:45

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:

Prontua□rio_miolo_21x29,7.indd 43 08/01/13 16:45

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:

Prontua□rio_miolo_21x29,7.indd 44 08/01/13 16:45

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

Prontua□rio_miolo_21x29,7.indd 45 08/01/13 16:45

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)

Prontua□rio_miolo_21x29,7.indd 46 08/01/13 16:45

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: _____

Prontua□rio_miolo_21x29,7.indd 47 08/01/13 16:45

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	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: _____

ProntuaÇrio_miolo_21x29,7.indd 51 08/01/13 16:45

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	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	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)	