



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)



[Handwritten signature]

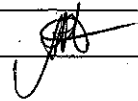
EVOLUÇÃO DO ACOMPANHAMENTO FAMILIAR

Lined area for text entry, consisting of approximately 35 horizontal lines. A vertical line is present near the bottom of the page, creating a narrow column on the right side.



[Handwritten mark]

EVOLUÇÃO DO ACOMPANHAMENTO FAMILIAR

A handwritten signature in black ink, located in the lower right quadrant of the page.

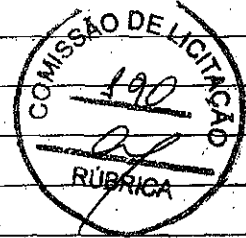


EVOLUÇÃO DO ACOMPANHAMENTO FAMILIAR



[Handwritten signature]

EVOLUÇÃO DO ACOMPANHAMENTO FAMILIAR



[Handwritten mark]



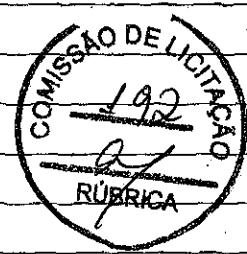
EVOLUÇÃO DO ACOMPANHAMENTO FAMILIAR



[Handwritten signature]

EVOLUÇÃO DO ACOMPANHAMENTO FAMILIAR

Lined area for text entry.



[Handwritten mark]





EVOLUÇÃO DO ACOMPANHAMENTO FAMILIAR



[Handwritten mark]

EVOLUÇÃO DO ACOMPANHAMENTO FAMILIAR

Lined writing area for recording the evolution of family follow-up.



[Handwritten signature]





EVOLUÇÃO DO ACOMPANHAMENTO FAMILIAR

Lined area for text entry.



[Handwritten mark]



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?

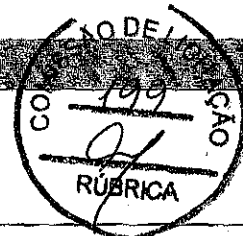
- Sim Parcialmente Não

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:

Multiple horizontal lines for text entry.



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:

[Handwritten signature]



A handwritten signature in black ink, appearing to be 'J.M.' or similar, located to the right of the stamp.

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

- 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: _____

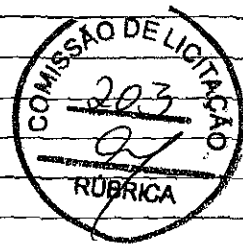
Anotações de Contra-referência

Acompanhamento do Encaminhamento

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

Blank lined area for 'Anotações de Contra-referência'.

Blank lined area for 'Acompanhamento do Encaminhamento' with a circular stamp.



Anotações de Contra-referência

Acompanhamento do Encaminhamento

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

Blank lined area for 'Anotações de Contra-referência'.

Blank lined area for 'Acompanhamento do Encaminhamento' with a handwritten signature.

Handwritten signature or initials.

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)

[Handwritten signature]

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)

Blank lined area for notes.



Blank lined area for tracking the routing.

Anotações de Contra-referência

Acompanhamento do Encaminhamento

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

Blank lined area for notes.

Blank lined area for tracking the routing, with a handwritten signature at the top right.

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)

[Handwritten signature]

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

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: _____

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: _____

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)

[Handwritten signature]

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: / /

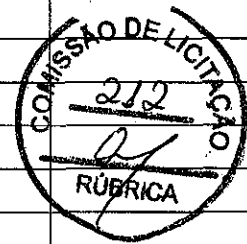
Nome da Unidade responsável pela origem do encaminhamento:

Telefone para contato: _____

Nome do Profissional: _____

REGISTRO 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	__/__/__				



[Handwritten signature]

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



[Handwritten signature]



Ministério do
Desenvolvimento Social
e Combate à Fome

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA



[Handwritten mark]



**RUA DR JOSÉ TELES, Nº 22 - AÇUDE NOVO -
CEP:62.184-000 - CARIRÉ-CE**