

PREFEITURA DE  
**CARIRÉ**  
SEMPRE JUNTOS



## Anexo V – Modelos Gráficos.

*[Handwritten mark]*

COMISSÃO DE LICITAÇÃO  
156  
R  
RUBRICA

*[Handwritten mark]*

**SUAS**  
Sistema Único de Assistência Social



NOME DA PESSOA DE REFERÊNCIA NA FAMÍLIA:

Nº DO PRONTUÁRIO:

TIPO DE UNIDADE:  CRAS  CREAS

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

NOME DA UNIDADE:

*[Handwritten mark]*

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	__/__/__				
20	__/__/__				
21	__/__/__				
21	__/__/__				
22	__/__/__				
23	__/__/__				
24	__/__/__				
25	__/__/__				
26	__/__/__				
27	__/__/__				
28	__/__/__				
29	__/__/__				
30	__/__/__				
31	__/__/__				
32	__/__/__				
33	__/__/__				
34	__/__/__				
35	__/__/__				
36	__/__/__				
37	__/__/__				
38	__/__/__				
39	__/__/__				
40	__/__/__				



*[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



**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).





**COMPOSIÇÃO FAMILIAR**

Data da primeira anotação: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ A \_\_\_ção: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Atualização: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

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

\* Códigos de Parentesco: 1 - Pessoa de Referência; 2 - Cônjuge/ companheiro(a); 3 - Filho(a); 4 - Enteado(a); 5 - Neto(a), Bisneto(a); 6 - Pai/ Mãe; 7 - Sogra(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	Ord. de Pessoas	Ord. de Pessoas (Atualização)	Ord. 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			
<b>Total de Pessoas na Família</b>			

**Especificidades sociais, étnicas ou culturais da família**

- Família/pessoa em situação de rua
- Família quilombola
- Família ribeirinha
- Família cigana
- Família indígena residente em aldeia/reserva  
Especifique o povo/etnia: \_\_\_\_\_
- Família indígena não residente em aldeia/reserva  
Especifique o povo/etnia: \_\_\_\_\_
- Outras: \_\_\_\_\_



*[Handwritten mark]*





Características do Domicílio	Marque o item correspondente	Utilize para atualização do domicílio
<b>a. Tipo de residência</b>		
Própria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alugada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cedida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ocupada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>b. Material das paredes externas do domicílio</b>		
Alvenaria ou madeira aparelhada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Madeira aproveitada, taipa ou outros materiais precários	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>c. Acesso a energia elétrica</b>		
Sim, com Medidor próprio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sim, com Medidor compartilhado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sim, sem medidor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não possui energia elétrica no domicílio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>d. Possui água canalizada</b>		
Sim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>e. Forma de abastecimento de água</b>		
Rede geral de distribuição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poço ou nascente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cisterna de captação de águas de chuva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Carro pipa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outra forma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>f. Esgotamento sanitário</b>		
Rede coletora de esgoto ou pluvial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fossa séptica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fossa rudimentar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Direto para vala, rio, lago ou mar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Domicílio sem banheiro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>g. Coleta de lixo</b>		
Sim, coleta direta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sim, coleta indireta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não possui coleta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>h. Qual o número total de cômodos do domicílio</b>		
Número de Cômodos	<input type="text" value="00"/>	<input type="text" value="00"/>
<b>i. Qual o nº de cômodos utilizados como dormitório</b>		
Número de dormitórios	<input type="text" value="00"/>	<input type="text" value="00"/>
<b>j. Quanto é o nº de pessoas do domicílio dividido pelo nº de dormitórios?</b>		
Número médio de pessoas por dormitório	<input type="text" value="00"/>	<input type="text" value="00"/>
<b>k. O domicílio possui acessibilidade para pessoas com dificuldade de locomoção?</b>		
Sim, tanto nos espaços internos como na comunicação com a rua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sim, apenas nos espaços internos, mais possui "barreiras" na comunicação com a rua.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não possui condições de acessibilidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>l. O domicílio está localizado em área de risco de desabamento ou alagamento?</b>		
Sim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>m. O domicílio está localizado em área de difícil acesso geográfico?</b>		
Sim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>n. O domicílio está localizado em área com forte presença de conflito/violência?</b>		
Sim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**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)*

Lined area for handwritten notes.



*[Handwritten signature]*

**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?			Escolaridade (Última série concluída com aprovação)			Códigos de escolaridade
				1ª Anotação	Atualização	Atualização	1ª Anotação	Atualização	Atualização	
1			( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não				00 - Nunca frequentou escola
2			( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não				01 - Creche
3			( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não				02 - Educação Infantil
4			( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não				11 - 1º ano E. Fundamental
5			( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não				12 - 2º ano E. Fundamental
6			( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não				13 - 3º ano E. Fundamental
7			( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não				14 - 4º ano E. Fundamental
8			( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não				15 - 5º ano E. Fundamental
9			( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não				16 - 6º ano E. Fundamental
10			( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não				17 - 7º ano E. Fundamental
11			( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não				18 - 8º ano E. Fundamental
12			( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não				19 - 9º ano E. Fundamental
13			( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não				21 - 1º ano E. Médio
14			( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não				22 - 2º ano E. Médio
										23 - 3º ano E. Médio
										30 - Superior Incompleto
										31 - Superior Completo
										40 - EJA - Ensino Fundamental
										41 - EJA - Ensino Médio
										99 - Outros

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

Anotações sobre o descumprimento de condicionalidades de educação no Programa Bolsa Família				
Nº de Ordem	Data da ocorrência (Mês/Ano)	Efeito (Código)	Solicitada suspensão do efeito?	Códigos para os Efeitos gerados por descumprimento de Condicionalidades
	___/___		( ) Sim ( ) Não	1. Advertência 2. Bloqueio 3. Suspensão 4. Cancelamento
	___/___		( ) Sim ( ) Não	
	___/___		( ) Sim ( ) Não	
	___/___		( ) Sim ( ) Não	
	___/___		( ) Sim ( ) Não	
	___/___		( ) Sim ( ) Não	



*[Handwritten mark]*

**CONDIÇÕES EDUCACIONAIS DA FAMÍLIA**

**Outras observações referentes ao diagnóstico das condições educacionais da família**

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



**CONDIÇÕES DE TRABALHO E RENDIMENTOS DA FAMÍLIA**

Data da primeira anotação: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Data de atualização: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

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		
				1ª Anotação	Atualização	Atualização			1ª 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\$ \_\_\_\_\_

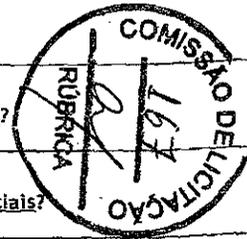
Outros - Valor R\$ \_\_\_\_\_ Atualizações: R\$ \_\_\_\_\_ R\$ \_\_\_\_\_

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.

*[Handwritten signature]*

**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)*



*[Handwritten mark]*

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.

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

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

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



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

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

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

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

Algum membro da família é portador de alguma doença grave?

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

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

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

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

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

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

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

Registre a presença de gestante(s) na família:

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

Anotações sobre descumprimento de condicionalidades de saúde no Programa Bolsa Família

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

**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.



**Outras observações referentes ao acesso a Benefícios Eventuais**

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



**CONVIVÊNCIA FAMILIAR E COMUNITÁRIA**

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

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

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

A família, ou algum de seus membros, é vítima de ameaças ou de discriminação na comunidade onde reside?  
 Sim  Não Caso sim, utilize a página ao lado para anotar as informações que sejam relevantes.

A família possui parentes que residam próximo ao seu local de moradia e que constituam rede de apoio e solidariedade?  
 Sim  Não Caso sim, utilize a página ao lado caso queira anotar o nome, parentesco e contato destes parentes mais próximos.

A família possui vizinhos que constituam rede de apoio e solidariedade?  
 Sim  Não Caso sim, utilize a página ao lado caso queira anotar o nome e contato de algum vizinho mais próximo.

A família, ou algum de seus membros, participa de grupos religiosos, comunitários ou outros grupos/instituições que constituam rede de apoio e solidariedade?  
 Sim  Não Caso sim, utilize a página ao lado para anotar as informações que sejam relevantes.

A família, ou algum de seus membros, participa de movimentos sociais, sindicatos, organizações comunitárias, Conselhos ou quaisquer outras ações ou instituições voltadas para organização política e defesa de interesses coletivos?  
 Sim  Não Caso sim, utilize a página ao lado para anotar as informações que sejam relevantes.

Existe alguma criança ou adolescente do grupo familiar que não tem acesso a atividades de lazer, recreação e convívio social?  
 Sim  Não  Não se aplica (família sem criança/adolescente)

Existe algum idoso do grupo familiar que não tem acesso a atividades de lazer, recreação e convívio social?  
 Sim  Não  Não se aplica (família sem idoso)

Há pessoas dependentes (crianças, idosos dependentes ou pessoas com deficiência) que permanecem períodos do dia em casa sem a companhia de um adulto?  
 Sim  Não Caso sim, utilize a página ao lado para anotar as informações que sejam relevantes.

**Relações de Convivência Intrafamiliares \***

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

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

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

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

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

Não há conflitos relevantes envolvendo outros indivíduos que residam no domicílio.

**CONVIVÊNCIA FAMILIAR E COMUNITÁRIA**

**Outras observações referentes ao diagnóstico das condições de convivência familiar e comunitária**  
*(Atenção! Toda anotação incluída neste espaço deve ser precedida de data, nome e função do profissional responsável pela mesma).*

Lined writing area for observations.



*[Handwritten mark]*





**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)



*[Handwritten signature]*



**QUADRO 1**

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

Situação	A situação ainda persiste?	Data da Anotação (Mês/Ano)	(ATUALIZAÇÃO) A situação ainda persiste?	(ATUALIZAÇÃO) Data da Atualização
<input type="checkbox"/> Trabalho Infantil	( ) Sim ( ) Não	___/___	( ) Sim ( ) Não	___/___
<input type="checkbox"/> Exploração Sexual	( ) Sim ( ) Não	___/___	( ) Sim ( ) Não	___/___
<input type="checkbox"/> Abuso/Violência Sexual	( ) Sim ( ) Não	___/___	( ) Sim ( ) Não	___/___
<input type="checkbox"/> Violência Física	( ) Sim ( ) Não	___/___	( ) Sim ( ) Não	___/___
<input type="checkbox"/> Violência Psicológica	( ) Sim ( ) Não	___/___	( ) Sim ( ) Não	___/___
<input type="checkbox"/> Negligência contra idoso	( ) Sim ( ) Não	___/___	( ) Sim ( ) Não	___/___
<input type="checkbox"/> Negligência contra criança	( ) Sim ( ) Não	___/___	( ) Sim ( ) Não	___/___
<input type="checkbox"/> Negligência contra PCD	( ) Sim ( ) Não	___/___	( ) Sim ( ) Não	___/___
<input type="checkbox"/> Trajetória de Rua	( ) Sim ( ) Não	___/___	( ) Sim ( ) Não	___/___
<input type="checkbox"/> Tráfico de Pessoas	( ) Sim ( ) Não	___/___	( ) Sim ( ) Não	___/___
<input type="checkbox"/> Violência Patrimonial contra idoso ou PCD	( ) Sim ( ) Não	___/___	( ) Sim ( ) Não	___/___
<input type="checkbox"/> Outra:	( ) Sim ( ) Não	___/___	( ) Sim ( ) Não	___/___

**QUADRO 2 - EXCLUSIVO PARA UTILIZAÇÃO PELO CREAS**

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 vítima	* 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.

**SITUAÇÃO 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).



*[Handwritten mark]*



# HISTÓRICO DE CUMPRIMENTO DE MEDIDAS SOCIOEDUCATIVAS

## Outras observações referentes ao histórico de cumprimento de medidas socioeducativas

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

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





# HISTÓRICO DE ACOHLHIMENTO INSTITUCIONAL OU FAMILIAR

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

## Histórico de acolhimento:

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



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

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

---



---



---



---

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

---



---



---



---

### Outras situações de afastamento do convívio familiar:

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

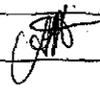
Assinale caso a família possua algum membro adolescente cumprindo medida socioeducativa de internação.





**PLANEJAMENTO INICIAL:**

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



A handwritten signature in black ink, located on the right side of the page.