**Nome da Pessoa Com Deficiência**:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nº do Prontuário**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Data de Abertura do Prontuário**: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| PRONTUÁRIO DA *ASSISTÊNCIA SOCIAL* | |
|  | **APAE** |

1. **ACOLHIDA E ESCUTA QUALIFICADA**

|  |  |
| --- | --- |
| **IDENTIFICAÇÃO CADASTRAIS DO USUÁRIO – PCDI E CUIDADOR FAMILIAR** | |
| **1. NOME COMPLETO:** Apelido (caso seja relevante): | |
| **2. DATA DE NASCIMENTO: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ 3. SEXO:** ( ) Feminino ( ) Masculino | |
| **4.RG**:|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|4.1.**ÓRGÃO**: \_\_\_\_\_\_\_ 4.2.**UF**: |\_\_|\_\_|  **4.3.DATA DE EMISSÃO**: \_\_/\_\_/\_\_\_\_**4.4.CPF**: |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |
| **5. TIPO DE DEFICIÊNCIA:** ( ) intelectual ( ) autismo ( )múltipla ( ) física ( ) auditiva ( ) visual | |
| **6. RAÇA/COR:**( ) branco(a) ( ) preto (a) ( ) amarelo(a) ( ) pardo (a) ( ) outro (a): | |
| **7. NOME DA MÃE:**  **7.1 DATA DE NASCIMENTO: \_\_/\_\_/\_\_\_\_** | |
| **8. NOME DO CUIDADOR FAMILIAR: 8.1.DATA DE NASCIMENTO: \_\_/\_\_/\_\_\_\_** | |
| **9. PARENTESCO DO CUIDADOR FAMILIAR:**( ) pai ( ) mãe ( ) irmã(o) ( ) avó(ô) ( ) outro: | |
| **10. ENDEREÇO (RUA, AV.):**  **NÚMERO: COMPLEMENTO: BAIRRO:**  **MUNICÍPIO: UF: CEP:** |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|-|\_\_|\_\_|\_\_|  **PONTO DE REFERÊNCIA:**  **TELEFONES DE CONTATO:** | |
|  | |
| **IDENTIFICAÇÃO DO DOMICÍLIO** | |
| **11. LOCALIZAÇÃO DO DOMICILIO:** ( ) rural ( ) urbano | |
| **12. TIPO DE DOMICÍLIO:**  ( ) casa ( ) apartamento ( ) alojamento ( ) cômodo / quarto ( ) barraco ( ) outro: | |
| **13. TIPO DE PROPRIEDADE DO DOMICÍLIO:**  ( ) própria quitada ( ) própria sendo paga ( ) alugada ( ) cedida ( ) invasão / posse ( ) outro: | |
| **14. QUANTIDADE DE CÔMODOS (CONSIDERAR SOMENTE SE TIVER PAREDES DIVIDINDO**):\_\_\_\_ | |
| **15. QUANTIDADE DE CÔMODOSUTILIZADOS COMO DORMITÓRIO:**\_\_\_\_ | |
| **16. HÁ UM QUARTO APENAS PARA A PCDI?** ( ) sim ( ) não | |
| **17. EXISTEM ADAPTAÇÕES NECESSÁRIAS NO QUARTO DA PCDI?** ( ) sim ( ) não | |
| **18. EXISTEM ADAPTAÇÕES NECESSÁRIAS NO BANHEIRO UTILIZADO PELA PCDI?** ( ) sim ( ) não | |
| **19. TEM ÁGUA CANALIZADA EM ALGUM CÔMODO:** ( ) sim ( ) não | |
| **20. QUAL A FORMA DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA UTILIZADA NO SEU DOMICILIO?**  ( ) Rede geral de distribuição  ( ) Poço ou nascente  ( ) Cisterna  ( ) Outra forma. Especificar: | |
| **21. QUAL A FORMA DE ILUMINAÇÃO DE SEU DOMICILIO:**  ( ) elétrica ( ) gerador ( ) sem iluminação elétrica ( ) outro | |
| **22. QUAL O MATERIAL PREDOMINANTE NO PISO DO SEU DOMICILIO?**  ( ) Terra  ( ) Cimento  ( ) Madeira  ( ) Cerâmica  ( ) Carpete  ( ) Outro material | |
| **23. TIPO DE ACESSO AO DOMICÍLIO:** ( ) asfaltado / calçado ( ) chão batido ( ) escadaria ( ) outro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| **24. MORAM OUTRAS FAMÍLIAS NO SEU DOMICÍLIO, ALÉM DA SUA FAMÍLIA?**  ( ) não ( ) sim. Quantas?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| **IDENTIFICAÇÃODO USUÁRIO – PCDI** | |
| **25. USA ALGUM TIPO APARELHO / INSTRUMENTO PARA SE LOCOMOVER?** ( ) sim ( ) não | |
| **26. USA ALGUM TIPO DE ÓRTESE / PRÓTESE?** ( ) não( ) sim. Qual? | |
| **27. CONSEGUE SE COMUNICAR SOZINHO (A)?** ( ) sim ( ) não | |
| **28. QUAL (S) PRINCIPAL (IS) FORMA(S) DE COMUNICAÇÃO QUE UTILIZA? INDIQUE F=FLUENTE, B=BOA, R=RAZOÁVEL, R=RUIM, APENAS PARA OS TIPOS DE COMUNICAÇÃO UTILIZADOS.**  ( ) oral ( ) escrita ( ) libras ( ) braille ( ) gestual ( ) outra: | |
| **29. POSSUI DIAGNÓSTICO DA DEFICIENCIA**? ( ) sim ( ) não | |
| **30. QUEM REALIZOU O DIAGNÓSTICO?** | |
| **31. QUANDO FOI REALIZADO O DIAGNÓSTICO? \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_** | |
| **32. TEM ALGUMA DOENÇA QUE NECESSITA OU FAZ TRATAMENTO?** ( ) não ( ) sim. Qual? | |
| **33. ONDE FAZ O TRATAMENTO?** | |
| **34. FAZ USO CONTÍNUO E/OU CONTROLADO DE ALGUM TIPO DE MEDICAMENTO?** ( ) sim ( ) não | |
| **35. DE QUE FORMA SE DA À AQUISIÇÃO DOS MEDICAMENTOS?** | |
| **36. QUAL A FREQÜÊNCIA DE IDA AO MÉDICO:** ( ) semanal ( ) mensal ( )semestral ( ) outro | |
| **37. TEM CARTÃO DO SUS?** ( )não ( ) sim. Nº | |
| **ACESSO AO SERVIÇO** | |
| **38.DE QUE FORMA ACESSOU A APAE PARA O PRIMEIRO ATENDIMENTO?**  |\_\_| Por demanda espontânea  |\_\_| Em decorrência de encaminhamento realizado por outros serviços/unidades do SUAS  |\_\_| Em decorrência de encaminhamento realizado pela área de Saúde  |\_\_| Em decorrência de encaminhamento realizado pela área de Educação  |\_\_| 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 Publica, Ministério Público, Delegacias)  |\_\_| Outros encaminhamentos | |
| **39. POR QUE VOCÊ PROCUROU A APAE?** | |
| **40. COMO FICOU SABENDO DO SERVIÇO E CHEGOU ATÉ A APAE?** | |
| **41. QUAIS AS PRINCIPAIS DIFICULDADES DE CUIDADOS ATUALMENTE COM RELAÇÃO A ELE (A)?** | |
| **42. EM QUE VOCÊ ACREDITA QUE A APAE PODE APOIA-LO (A)? QUAIS AS SUAS EXPECTATIVAS?** | |
| **NOME TÉCNICO DE REFERENCIA** |  |
| **Nº REGISTRO CONSELHO** |  |
| **PARECER TÉCNICO** |  |
| **DATA DA ACOLHIDA** |  |
| **ASSINATURA** |  |

1. **ENTREVISTA SOCIAL**

|  |
| --- |
| **IDENTIFICAÇÃO DA PCDI E SUA FAMÍLIA** |
| **IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA COM DEFICIENCIA INTELECTUAL – PCDI** |
| **1. NOME: 1.1.DATA NASCIMENTO:\_\_/\_\_/\_\_\_\_** |
| **2. ESCOLARIDADE (ASSINALE COM C=COMPLETA I=INCOMPLETA, C=CURSANDO)**  ( ) Nenhuma ( ) Básica ( ) Fundamental ( ) Média ( ) Superior |
| **3. É BENEFICIÁRIO (A) DE ALGUM PROGRAMAOU BENEFÍCIO DE TRANSFERÊNCIA DERENDASOCIAL?**() não ( ) sim. Quais? |
| **4. PRINCIPAIS DEMANDAS E NECESSIDADES INICIAIS:** |
| **5. ATUALMENTE FREQÜENTA ALGUM SERVIÇO?** ( ) Não ( ) Sim. Qual:  ( ) Assistencia Social  ( ) Educação  ( ) Esporte e lazer  ( ) Saúde  ( ) Outros: |
| **IDENTIFICAÇÃO DO (A) CUIDADOR FAMÍLIAR** |
| **6. NOME: 6.1.DATA NASCIMENTO:\_\_/\_\_/\_\_\_\_** |
| **7. SEXO:** ( ) Masculino ( ) Feminino |
| **8. RELAÇÃO DE PARENTESCO COM A PESSOA COM DEFICIÊNCIA:**  ( ) Pessoa responsável pela Unidade Familiar  ( ) Cônjuge ou companheiro  ( ) Pai ou mãe  ( ) Irmão ou irmã  ( ) Avô ou avó  ( ) Outros |
| **9. RAÇA/COR:** ( ) branco(a) ( ) preto (a) ( ) amarelo (a) ( ) pardo ( ) outro: |
| **10. ESTADO CIVIL:** ( ) solteiro(a) ( ) casado(a) ( ) separado(a) ( ) união estável ( ) outros |
| **11. RG: 11.1.ÓRGÃO: 11.2 DATA DE EXPEDIÇÃO:\_\_/\_\_/\_\_\_\_**  **11.3. CPF:** |

**12. COMPOSIÇÃO E RENDA FAMILIAR**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **NOME COMPLETO** | **SEXO** | **DN** | **IDADE** | **PARENTESCO** | **SITUAÇÃO OCUPACIONAL/ FONTE DE RENDA** | **VALOR TOTAL DA RENDA** | **GRAU DE ESCOLARIDADE** | **ESTUDA ATUALMENTE?** | **PERÍODO**  **(MANHÃ,TARDE, NOITE OU INTEGRAL)** |
| **1** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **8** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **9** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

\* **Situação ocupacional:**1) assalariado com carteira assinada, 2) assalariado sem carteira assinada, 3) funcionário público,

4) empregado temporário, 5) cooperativo, 6. trabalho rural, 7) aprendiz,

8) trabalho por conta própria / autônomo, 9) trabalhador informal / bico, 10) desempregado,

11) não trabalha / inativo, 12) aposentado / pensionista, 13) do lar, 14) estudante.

1)pensão alimentícia dos filhos, 2) auxílio previdenciário, 3) seguro-desemprego, 6) doação ou ajuda de terceiros, 7) Bolsa Família, 8) Programa Estadual de Transferência de Renda, 9) BPC, 10) Aluguel, 11) nenhum. 12). Deixou o trabalho para cuidar do PCDI – 13) desemprego por desalento

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **13. DESPESAS NORMAIS DA FAMÍLIA** | | | | | | | | | | | | |
| **DESPESA** | | | | | | | | | **VALOR MÊS** | | | |
| Energia elétrica | | | | | | | | | R$\_\_\_\_\_,00 | | | |
| Água e esgoto | | | | | | | | | R$\_\_\_\_\_,00 | | | |
| Gás, carvão e lenha | | | | | | | | | R$\_\_\_\_\_,00 | | | |
| Alimentação, higiene e limpeza | | | | | | | | | R$\_\_\_\_\_,00 | | | |
| Transporte | | | | | | | | | R$\_\_\_\_\_,00 | | | |
| Aluguel | | | | | | | | | R$\_\_\_\_\_,00 | | | |
| Medicamentos de uso regular | | | | | | | | | R$\_\_\_\_\_,00 | | | |
| **HISTÓRIA DE VIDA FAMILIAR** | | | | | | | | | | | | |
| **14. FALE SOBRE A SUA FAMÍLIA E SOBRE ELE (A) (IDENTIFICAR SE TRATA DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA OU DO CUIDADOR FAMILIAR).** | | | | | | | | | | | | |
| **15. APÓS O NASCIMENTO DA PCDI HOUVE MUDANÇAS NAS RELAÇÕES FAMILIARES?**  ( ) não ( ) sim. Quais? | | | | | | | | | | | | |
| **16. CITE FATOS MARCANTES NA VIDA DA FAMÍLIA APÓS O NASCIMENTO DA PCDI?** | | | | | | | | | | | | |
| **POSITIVO** | | | | | | **NEGATIVO** | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | |
| **17. COM QUE PESSOAS OU ORGANIZAÇÕES A FAMÍLIA (A) CONTA NO TRATO DA PCDI?** | | | | | | | | | | | | |
| **PESSOAS/ ORGANIZAÇÕES** | | | **SAÚDE** | | **ALIMENTAÇÃO** | | | **CUIDADOS** | | **FALECIMENTO** | | **PASSEIOS E LAZER** |
| Amigos | | |  | |  | | |  | |  | |  |
| Familiares | | |  | |  | | |  | |  | |  |
| Igreja/templo | | |  | |  | | |  | |  | |  |
| Serviços públicos | | |  | |  | | |  | |  | |  |
| Vizinhos | | |  | |  | | |  | |  | |  |
| Outros. Especificar:\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |  | |  | | |  | |  | |  |
| **18. COMO É A COMUNICAÇÃO DOS MEMBROS DA FAMÍLIA COM ELE?** | | | | | | | | | | | | |
| **FAMÍLIA MEMBROS** | | **DESCRIÇÃO** | | | | | | | | | | |
| ( ) Pai | |  | | | | | | | | | | |
| ( ) Mãe | |  | | | | | | | | | | |
| ( ) Irmãos | |  | | | | | | | | | | |
| ( ) Avos | |  | | | | | | | | | | |
| ( ) Outros | |  | | | | | | | | | | |
| **19. QUEM ESCOLHEU ESSA FORMA DE COMUNICAÇÃO? POR QUÊ?** | | | | | | | | | | | | |
| **20. QUAL O TIPO DE COMUNICAÇÃO QUE ELE (A) USA EM CASA PARA EXPRESSAR OS SEUS SENTIMENTOS/DESEJOS E NECESSIDADES?** | | | | | | | | | | | | |
| **21. QUAIS OS MEMBROS DA FAMÍLIA QUE ENTENDE A FORMA DE EXPRESSÃO DELE?** | | | | | | | | | | | | |
| **22. ELE PARTICIPA DAS ROTINAS FAMILIARES?**  ( ) Café da manhã/almoço/jantar  ( ) ver TV  ( ) Festas familiares  ( ) Restaurantes  ( ) Outras Especifique\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | |
| **23. QUAIS AS SITUAÇÕES QUE MAIS TRAZ ALEGRIA?** | | | | | | | | | | | | |
| **PCDI** | | | | | | **CUIDADOR FAMILIAR** | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | |
| **24. QUAIS AS SITUAÇÕES QUE MAIS TRAZ INSEGURANÇA E MEDO?** | | | | | | | | | | | | |
| **PCDI** | | | | | | **CUIDADOR FAMILIAR** | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | |
| **25. O QUE MAIS ASPIRA NA VIDA?** | | | | | | | | | | | | |
| **PCDI** | | | | | | **CUIDADOR FAMILIAR** | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | |
| **26. VOCÊ PRETENDE PARTICIPAR DE ATIVIDADES DE ASSISTÊNCIA SOCIAL NA APAE?**  ( ) sim ( ) não | | | | | | | | | | | | |
| **27. QUE TIPOS DE ATIVIDADES?**  ( ) reuniões ( ) grupos de diálogo ( ) formação ( ) atividades cultura E lazer ( ) outros: | | | | | | | | | | | | |
| **28. QUAL O NÍVEL DE SATISFAÇÃO(IN - INSATISFEITO, PS - POUCO SATISFEITO, S - SATISFEITO, MS - MUITO SATISFEITO) COM:**  \_\_Vida em Geral  \_\_Habitação/Residência  \_\_Renda  \_\_Amigos  \_\_Família  \_\_Vizinhos  \_\_Segurança  \_\_Educação/Escolaridade dos moradores  \_\_Saúde  \_\_Liberdade de escolha e controle sobre sua vida/Autonomia  \_\_Recebimento de Apoios nos cuidados com a PCDI  \_\_Religião  \_\_Outros. Especificar: | | | | | | | | | | | | |
| **CASA** | | | | | | | | | | | | |
| **29. OS MEMBROS DA FAMÍLIA POSSUEM TAREFAS DOMESTICAS?** ( ) Sim ( ) Não | | | | | | | | | | | | |
| **30. A PCDI POSSUI TAREFAS ESPECIFICAS NA CASA?**( ) Não ( ) Sim. Quais? | | | | | | | | | | | | |
| **31. QUAL A FREQÜÊNCIA DA REALIZAÇÃO DESSAS TAREFAS PELA PCDI?**  ( ) Diária ( ) Semanal ( ) quinzenal ( ) Finais de semana ( ) Outras | | | | | | | | | | | | |
| **32. PARA REALIZAR AS TAREFAS ELE (A) PRECISA DE APOIO?** ( ) Não ( ) Sim. Quais? | | | | | | | | | | | | |
| **33.QUEM É QUE O(A) APÓIA OU PODE VIR A APOIAR?** | | | | | | | | | | | | |
| **34. ELE (A) JÁ DEMONSTROU INTERESSE EM REALIZAR TAREFAS EM CASA?** ( ) Não ( ) Sim. Quais? | | | | | | | | | | | | |
| **35. QUAIS AS TAREFAS QUE VOCÊ GOSTARIA QUE ELE (A) REALIZASSE EM CASA?** | | | | | | | | | | | | |
| **36. PARA FAZER ESSAS TAREFAS O QUE E QUE SERIA NECESSÁRIO?** | | | | | | | | | | | | |
| **37. VOCÊ ACHA IMPORTANTE QUE ELE (A) REALIZE TAREFAS DOMÉSTICAS? POR QUÊ?** | | | | | | | | | | | | |
| **38. VOCÊ ACREDITA QUE ELE POSSA REALIZAR TAREFAS DOMESTICAS?** ( ) Não ( ) Sim. Por quê? | | | | | | | | | | | | |
| **39. ELE CONHECE E UTILIZA DOS ESPAÇOS EXISTENTES NA CASA?** ( ) Não ( ) Sim. Quais? | | | | | | | | | | | | |
| **40. ELE (A) ESCOLHE OU RECONHECE OS LOCAIS DA CASA QUE VAI?**( ) Não ( ) Sim | | | | | | | | | | | | |
| **41. A CASA POSSUI ACESSIBILIDADE QUE FAVOREÇA A SUA MOBILIDADE?**( ) Não ( ) Sim | | | | | | | | | | | | |
| **42. ELE (A) PRECISA DE APOIO PARA SE LOCOMOVER NA CASA?** ( ) Não ( ) Sim. Quais? | | | | | | | | | | | | |
| **COMUNIDADE** | | | | | | | | | | | | |
| **43. DOS SERVIÇOS E RECURSOS EXISTENTES NA COMUNIDADE:** | | | | | | | | | | | | |
| **A FAMÍLIA CONHECE** | | **A FAMÍLIA UTILIZA** | | | | | **SE NÃO, POR QUÊ?** | | | | **POSSUI INTERESSE DE PARTICIPAR** | |
| Clube esportivo | | ( ) Não ( ) Sim | | | | |  | | | | ( ) Não ( ) Sim | |
| CRAS | | ( ) Não ( ) Sim | | | | |  | | | | ( ) Não ( ) Sim | |
| CREAS | | ( ) Não ( ) Sim | | | | |  | | | | ( ) Não ( ) Sim | |
| Escola | | ( ) Não ( ) Sim | | | | |  | | | | ( ) Não ( ) Sim | |
| Praça | | ( ) Não ( ) Sim | | | | |  | | | | ( ) Não ( ) Sim | |
| PSF | | ( ) Não ( ) Sim | | | | |  | | | | ( ) Não ( ) Sim | |
| Outros: | | ( ) Não ( ) Sim | | | | |  | | | | ( ) Não ( ) Sim | |
| **44. QUAIS A DIFICULDADES IDENTIFICADAS PARA A PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA E DA PCDI NOS SERVIÇOS E RECURSOS DA COMUNIDADE?** | | | | | | | | | | | | |
| **FAMÍLIA E CUIDADOR** | | | | | | **PCDI** | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | |
| **45. ELE POSSUI ALGUM INTERESSE EM PARTICIPAR DE SERVIÇOS E RECURSOS NA COMUNIDADE?**( ) Não ( ) Sim. Qual? | | | | | | | | | | | | |
| **46. QUAIS AS ATIVIDADES QUE VOCÊ GOSTARIA QUE ELE REALIZASSE FORA DE CASA, NA PRÓPRIA COMUNIDADE ATUALMENTE E NO FUTURO?** | | | | | | | | | | | | |
| **47. PARA REALIZAR AS ATIVIDADES, ELE (A) PRECISARÁ DE APOIO? CASO PRECISE, QUEM PODERÁ APOIÁ-LO (A)?** | | | | | | | | | | | | |
| **48. QUAL O MEIO DE TRANSPORTE/LOCOMOÇÃO UTILIZADO PELA FAMÍLIA PARA A PARTICIPAÇÃO SOCIAL DA PCDI NAS ATIVIDADES COMUNITÁRIAS?**  ( ) ônibus ( ) bicicleta ( ) carro ( ) trem ( ) metrô ( ) a pé ( ) outro: | | | | | | | | | | | | |
| **49. QUAIS AS PESSOAS DA COMUNIDADE QUE ELE (A) SE RELACIONA? COM QUAL FREQÜÊNCIA? COMO VOCÊ AVALIA ISSO?** | | | | | | | | | | | | |
| **PESSOA** | **NÃO/SIM** | | | **FREQÜÊNCIA** | | | | | | | | |
| ( ) Amigo | ( ) Não ( ) Sim | | | ( ) diário ( ) semanal ( ) eventualmente ( ) nunca | | | | | | | | |
| ( ) Vizinho | ( ) Não ( ) Sim | | | ( ) diário ( ) semanal ( ) eventualmente ( ) nunca | | | | | | | | |
| ( ) Outros  Especifique | ( ) Não ( ) Sim | | | ( ) diário ( ) semanal ( ) eventualmente ( ) nunca | | | | | | | | |
| **50. O QUE MAISTE PREOCUPA QUANTO A VIDA DA PCDI NA JUVENTUDE E VIDA ADULTA?** | | | | | | | | | | | | |
| **RECREAÇÃO E LAZER** | | | | | | | | | | | | |
| **51. A FAMÍLIA POSSUI ATIVIDADES DE RECREAÇÃO E LAZER?** ( ) Não ( ) Sim. Qual | | | | | | | | | | | | |
| **52. ELE (A) PARTICIPA DAS ATIVIDADES DE RECREAÇÃO E LAZER JUNTO COM A FAMÍLIA?**  ( ) Não ( ) Sim. Qual? | | | | | | | | | | | | |
| **53. QUAIS AS ATIVIDADES PREFERIDAS POR ELE (A) PARA FAZER NO TEMPO LIVRE?** | | | | | | | | | | | | |
| **54. QUAIS AS DIFICULDADES ENFRENTADAS PELA FAMÍLIA PARA A PARTICIPAÇÃO DE ATIVIDADES DE LAZER?** | | | | | | | | | | | | |
| **55. QUAIS AS ATIVIDADES QUE A FAMÍLIA GOSTARIA DE FAZER?** | | | | | | | | | | | | |
| **56. QUAIS AS ATIVIDADES QUE VOCÊ GOSTARIA QUE ELE (A) FIZESSE NO SEU TEMPO LIVRE?** | | | | | | | | | | | | |
| **57. PARA REALIZAR ESSAS ATIVIDADES PRECISARÁ DE APOIO? CASO PRECISE, QUEM E/OU QUAL SERVIÇO/ORGANIZAÇÃO JULGA IMPORTANTE?** | | | | | | | | | | | | |
| **EDUCAÇÃO ESCOLAR** | | | | | | | | | | | | |
| **58. ELE (A) FREQÜENTOU ALGUMA ESCOLA COMUM OU ESPECIAL? QUANDO?** | | | | | | | | | | | | |
| **59. ELE (A) FEZ AMIGOS NA VIDA ESCOLAR?** ( ) Não ( ) Sim | | | | | | | | | | | | |
| **60. VOCÊ ACREDITA QUE ELE GOSTAVA DA ESCOLA?** | | | | | | | | | | | | |
| **61. COMO A FAMÍLIA PERCEBEU ESTE SENTIMENTO?** | | | | | | | | | | | | |
| **62. VOCÊ ACREDITA QUE A ESCOLA PREPAROU / ESTÁ PREPARANDO PARA A AUTONOMIA DE SEU FILHO E PARA A VIDA ADULTA?** () Não ( ) Sim | | | | | | | | | | | | |
| **CONVIVÊNCIA FAMILIAR E COMUNITÁRIA** | | | | | | | | | | | | |
| **63.HA QUANTOS ANOS A FAMÍLIA MORA NO MUNICÍPIO?** |\_\_|\_\_| anos | | | | | | | | | | | | |
| **64. A FAMÍLIA SEMPRE MOROU NO MUNICÍPIO?**|\_\_| Sim |\_\_| Não. | | | | | | | | | | | | |
| **65.HA QUANTOS ANOS A FAMÍLIA MORA NO BAIRRO ATUAL?**|\_\_|\_\_| anos | | | | | | | | | | | | |
| **66. A FAMÍLIA SEMPRE MOROU NO MESMO BAIRRO?** |\_\_| Sim |\_\_| Não. | | | | | | | | | | | | |
| **67.A FAMÍLIA JÁ VIVENCIOU SITUAÇÕES DE DISCRIMINAÇÃO NA COMUNIDADE ONDE RESIDE?**  *|\_\_| Sim |\_\_| Não. Caso sim comente sobre.* | | | | | | | | | | | | |
| **68.A FAMÍLIA, OU ALGUM DE SEUS MEMBROS, PARTICIPA DE MOVIMENTOS SOCIAIS, SINDICATOS, ORGANIZAÇÕES COMUNITÁRIAS, CONSELHOS OU QUAISQUER OUTRAS AÇÕES OU INSTITUIÇÕES VOLTADAS PARA ORGANIZAÇÃO POLITICA E DEFESA DE INTERESSES COLETIVOS?**  |\_\_| Sim |\_\_| Não. *Caso sim, anotar as informações que sejam relevantes.* | | | | | | | | | | | | |
| **NOME TÉCNICO DE REFERENCIA** | | | | | |  | | | | | | |
| **Nº REGISTRO CONSELHO** | | | | | |  | | | | | | |
| **ASSINATURA** | | | | | |  | | | | | | |
| **DATA DA ENTREVISTA SOCIAL** | | | | | |  | | | | | | |

1. **PARECER SOCIAL**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO – PCDI E CUIDADOR FAMILIAR** | | | | | |
| **1.NOME PCDI**:1.1.**DATA NASCIMENTO**: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ | | | | | |
| **2.TIPO DE DEFICIÊNCIA:** ( ) intelectual ( ) autismo ( )múltipla ( ) física ( ) auditiva ( ) visual | | | | | |
| **3.NOME CUIDADOR FAMILIAR:** 3.1 **DATA NASCIMENTO**: \_\_/\_\_/\_\_\_ | | | | | |
| **INFORMAÇÕES SOBRE A ENTREVISTA SOCIAL** | | | | | |
| **4. PERCEPÇÃO/AVALIAÇÃO DAS RELAÇÕES FAMILIARES:**  ( ) Conflituoso, com violência  ( ) Conflituoso, sem violência  ( ) Sem conflitos relevantes | | | | | |
| **5. PERCEPÇÃO/AVALIAÇÃO DAS RELAÇÕES ENTRE PAIS/RESPONSÁVEIS E OS FILHOS INCLUSIVE ENTRE O PADRASTO OU MADRASTA COM O(S) ENTEADOS(AS), SE FOR O CASO:**  ( ) Conflituoso, com violência  ( ) Conflituoso, sem violência  ( ) Sem conflitos relevantes | | | | | |
| **6. PERCEPÇÃO/AVALIAÇÃO DE EXISTÊNCIA DE RELAÇÕES CONFLITUOSAS ENVOLVENDO OUTROS INDIVÍDUOS QUE RESIDAM NO DOMICÍLIO:**  |\_\_| Sim, com presença de violência. Caso sim, anotar as informações relevantes.  |\_\_| Sim, sem presença de violência. Caso sim, anotar as informações relevantes.  |\_\_| Não ha conflitos relevantes envolvendo outros indivíduos que residam no domicilio. | | | | | |
| **7.CLIMA PERCEBIDO NA ENTREVISTA:** | | | | | |
| **7.1 SITUAÇÃO IDENTIFICADA** | | | | **7.2 QUAIS PERGUNTAS** | |
| ( ) desconfiança do(a) entrevistado(a) | | | |  | |
| ( ) desconforto do(a) entrevistado(a) | | | |  | |
| ( ) o(a) entrevistado(a) negou-se a responder perguntas. | | | |  | |
| ( ) o(a) entrevistado(a) mostrou-se irritado e arredio | | | |  | |
| () o(a) entrevistado(a) mostrou-se confortável e afetivo | | | |  | |
| ( ) o(a) entrevistado (a) mostrou-se muito motivado | | | |  | |
| **8. SITUAÇÕES OBSERVADAS E/OU CONSTATADAS** | | | | | |
| **8.1. NO NÚCLEO FAMILIAR QUE SE CONSTITUEM POTENCIALIDADES PARA A FAMÍLIA:**  ( ) Apoio da rede primária (parentes, amigos, vizinhos, colegas de trabalho) ao grupo familiar  ( ) Inserção e participação comunitária (vínculo de pertencimento)  ( ) Manutenção dos vínculos de solidariedade pautados no auxílio mutuo dos membros da comunidade  () Organização dos membros da família em função de algum objetivo coletivo  () Percepção do grupo familiar/ indivíduo como pessoas com direitos e deveres  () Reconhecimento do grupo familiar/indivíduo como capaz de mudanças  ()Reconhecimento de habilidades do grupo familiar/indivíduo para desenvolvimento de atividade produtiva  ( ) Outras. Especifique: | | | | | |
| **8.2.. NO NÚCLEO FAMILIAR QUE SE CONSTITUEM UMA VULNERABILIDADE (PROBLEMÁTICA) PARA A FAMÍLIA:**  ( ) Abandono  ( ) Adolescentes em medidas socioeducativas  ( ) Alcoolismo  ( ) Analfabetismo  ( ) Ausência de cuidados familiares.  ( ) Baixo nível de escolaridade  ( ) cárcere privado  ( ) Criança e adolescente fora da escola  ( ) desassistência de serviços essenciais  ( ) dificuldades devido aos altos custos da oferta de cuidados.  ( ) Discriminação  ( ) Drogadição  ( ) Egresso do sistema penitenciário  ( ) envelhecimento.  ( ) isolamento social  ( ) negligência contra PCD  ( ) negligência e/o maus tratos.  ( ) negligência nos autocuidados  ( ) negligência nos autocuidados  ( ) precariedade dos cuidados familiares em virtude do envelhecimento, doença ou ausência dos pais ou responsáveis.  ( ) Reclusão de algum membro da família  ( ) situação de estresse do cuidador familiar em virtude da oferta de cuidados de longa permanência.  ( ) situação de estresse pela oferta de cuidados de longa permanência.  ( ) Trabalho infantil  ( ) Violência extrafamiliar  ( ) Violência intrafamiliar  ( )Baixa renda familiar  ( )Desemprego  ( )Doença limitadora de atividades do cotidiano  ( Precárias condições de moradia  () impedimento de acesso a inclusão produtiva dos cuidadores familiares em virtude da necessidade de ofertar cuidados na família.  ( ) Outras Especifique: | | | | | |
| **9. NO NÚCLEO FAMILIAR QUE SE CONSTITUEM RISCO SOCIAL:** | | | | | |
| **VIOLÊNCIA E/OU RISCOS PERCEBIDOS OU CONSTATADOS** | **VÍTIMA** | | **AGRESSOR** | | **TEMPO QUE OCORRE À VIOLÊNCIA** |
| 1. Situação de discriminação em decorrência de orientação sexual / identidade de gênero |  | |  | |  |
| 2. Situação de discriminação em decorrência da raça/cor |  | |  | |  |
| 3. Situação de violência intrafamiliar (física, emocional, sexual, e/ou psicológica). Especificar: |  | |  | |  |
| 4. Situação de Negligência e abandono |  | |  | |  |
| 5. Situação de uso de substancias psicoativa |  | |  | |  |
| 6. Situação de uso abusivo de álcool |  | |  | |  |
| 7. Situação de Trabalho infantil |  | |  | |  |
| 8. Situação de confinamento |  | |  | |  |
| 9. Situação de Exploração Sexual |  | |  | |  |
| 10. Tráfico de Pessoas |  | |  | |  |
| 11. Situação de Desnutrição |  | |  | |  |
| 12. Situação de rua |  | |  | |  |
| 13. Situação de Tortura/ cárcere privado |  | |  | |  |
| 14. Situação de mãos tratos |  | |  | |  |
| 15. Outras situações. Especificar: |  | |  | |  |
| **10. INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:** | | | | | |
| **11. PARECER CONCLUSIVO:** | | | | | |
| **12. INDICAÇÕES DE ATIVIDADES/AÇÕES SOCIAIS:** | | | | | |
| **PCDI** | | **FAMÍLIA/CUIDADOR** | | | |
|  | |  | | | |
| **NOME TÉCNICO DE REFERENCIA** | |  | | | |
| **Nº REGISTRO CONSELHO** | |  | | | |
| **ASSINATURA** | |  | | | |
| **DATA DO PARECER** | |  | | | |

**Plano de Desenvolvimento do Usuário-PDU**

**Usuário(a):**

**Data de Nascimento: Idade:**

**Filiação:**

**Cuidador(a):**

**Recebe BPC :**

**Diagnóstico:**

**Medicação**:

|  |
| --- |
| **Principais Potencialidades:** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Principais Vulnerabilidades | Priori  dade | Propostas de Intervenção | Responsável | Acompanha  mento | Resultados  Esperados | Prazo | Articulação com a Rede | Resultados Alcançados |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Plano de Acompanhamento Familiar- PAF**

**1- Dados Cadastrais**

|  |
| --- |
| **Nome do(a) Usuário(a):** |
| **Data de Nascimento Data de Elaboração do PAF:** |
| **Endereço: Contato Telefônico:** |
| **CNS: NIS: CRAS de Referência:** |
| **Diagnóstico:** |
| **Nome do Cuidador(a): Grau de parentesco: Data de Nascimento do(a) Cuidador(a):** |
| **Recebe algum Benefício Social: ( ) PBF ( )BPC ( ) PL ( ) Participa dos Serviços Socioassistenciais da Rede. Se sim, quais?**  **Potencialidades:** |
| **Data/Ano de Admissão na APAE: Data/Ano de Início do Acompanhamento na Gerência de Assistência Social:** |

**2- Composição Familiar**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nome** | **Grau de Parentesco** | **Idade** | **Realiza algum apoio nos cuidados do(a) usuário? Se sim, quais?** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**3- Plano de Intervenções**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Vulnerabilidades** | **Priori**  **dades** | **Propostas de Intervenção** | **Articulação com a Rede** | **Prazo** | **Responsável(eis)** | **Acompanha**  **mento**  **Lista de Ações** | **Resultados Esperados** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**4- Compromissos assumidos pela Família**

|  |
| --- |
|  |

**5- Compromissos assumidos pela Equipe de Referência**

|  |
| --- |
|  |

Ituiutaba/MG,\_\_\_\_\_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 2019

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Assinatura do Técnico Assinatura do Responsável**