**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 |
| ( ) OutrosEspecifique | ( ) 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 | Prioridade |  Propostas de Intervenção | Responsável | Acompanhamento | ResultadosEsperados | 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**