



norteENERGIA
USINA HIDRELÉTRICA BELO MONTE

15° RELATÓRIO CONSOLIDADO DE ANDAMENTO DO PBA E DO ATENDIMENTO
DE CONDICIONANTES

CAPÍTULO 2 – ANDAMENTO DO PROJETO BÁSICO AMBIENTAL

Anexo 4.6.2-1- Instrumental Padronizado Atendimento à Comunidade Interferida – Serviço Conveniado e SEMIS Altamira

FORMULÁRIO DE ATENDIMENTO SOCIAL

Nome da Pessoa de Referência do Atendimento

Nº do Prontuário **Data de Abertura do Prontuário** / /

Tipo de Unidade CRAS **Nº da Unidade** **Nome da Unidade**

I – FORMA DE INGRESSO NA UNIDADE / SOLICITAÇÕES DE ATENDIMENTO

1. De que forma a família (ou membro familiar) acessou a Unidade / solicitações de atendimento?

- a. Projeto de Atendimento Social e Psicológico da População Atingida (4.6.2) / Solicitação de Atendimento Norte Energia
- b. Em decorrência de encaminhamento da Vigilância Social / SEMIS
- c. Por demanda espontânea
- d. Em decorrência de Busca Ativa realizada pela equipe da unidade
- e. Em decorrência de encaminhamento realizado por outros serviços/ unidades da Proteção Social Básica
- f. Em decorrência de encaminhamento realizado por outros serviços/ unidades da Proteção Social Especial
- g. Em decorrência de encaminhamento realizado pela área de Saúde
- h. Em decorrência de encaminhamento realizado pela área de Educação
- i. Em decorrência de encaminhamento realizado por outras políticas setoriais
- j. Em decorrência de encaminhamento realizado pelo Conselho Tutelar
- k. Em decorrência de encaminhamento realizado pelo Poder Judiciário
- l. Em decorrência de encaminhamento realizado pelo Sistema de Garantia de Direitos (Defensoria Pública, Ministério Público, Delegacias)
- m. Outros → Especifique: _____

2. Para todas as formas de ingresso/ solicitações de atendimento, informe a data: _____ / _____ / _____

3. Sempre que o acesso for em decorrência de algum encaminhamento (alternativas B, E a L), identifique detalhadamente o Nome e Contato do órgão/unidade que encaminhou o usuário/ família:

Nome	Contato

4. Sempre que o acesso for em decorrência de alguma solicitação de atendimento do Projeto 4.6.2 (Norte Energia) preencha os campos seguintes:

Metodologia	1. <input type="checkbox"/> IDF	2. <input type="checkbox"/> Casos Notáveis	Nº da Solicitação de Atendimento

Programa/ Projeto do PBA Demandante	

5. Para todas as formas de ingresso/ solicitações de atendimento, informe: (alternativas: 1. Atendida; 2. Atendida Anteriormente; 3. Não Analisado/ Em Planejamento; 4. Primeiro Contato Não Conseguido/ Só Busca; 5. Recusa de Atendimento; 6. Não Conseguido Contato em Definitivo).

Status da S.A	

II – IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELA UNIDADE FAMILIAR E ENDEREÇO

Identificação Familiar (IF)		NIS												
-----------------------------	--	-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ENDEREÇO PRINCIPAL

Município		Localidade	1. __ Urbano	2. __ Rural
-----------	--	------------	----------------	---------------

Bairro	
--------	--

Endereço		Nº	
----------	--	----	--

Complemento (Apt., Fundos)		Coordenadas UTM	E - Leste		N - Norte	
----------------------------	--	-----------------	-----------	--	-----------	--

Referência	
------------	--

ENDEREÇO SECUNDÁRIO

Município		Localidade	1. __ Urbano	2. __ Rural
-----------	--	------------	----------------	---------------

Bairro	
--------	--

Endereço		Nº	
----------	--	----	--

Complemento (Apt., Fundos)		Coordenadas UTM	E - Leste		N - Norte	
----------------------------	--	-----------------	-----------	--	-----------	--

Referência	
------------	--

Nome completo do responsável pela Unidade Familiar (UF)	
---	--

Apelido do responsável pela UF	
--------------------------------	--

Sexo	1. __ Feminino	2. __ Masculino	Data de Nascimento			
------	------------------	-------------------	--------------------	--	--	--

Nome da Mãe	
-------------	--

Documentos UF	RG		Estado		Emissão			
---------------	----	--	--------	--	---------	--	--	--

CPF									-		
-----	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--

Título de Eleitor		Seção		Zona	
-------------------	--	-------	--	------	--

Contatos	Telefone 1		Telefone 2	
----------	------------	--	------------	--

E-mail	
--------	--

Observação: sempre que houver mudanças nas informações acima, preencher novamente o Formulário II e registrar a data.

Data das Informações			
----------------------	--	--	--

CRAS I (Vovó Dolores) – Rua Acesso Oito, nº 877, Sudam I cras1_atm@hotmail.com

CRAS II (Benedito Maciel) – Travessa Lenício Antonio, nº 115, Mutirão cras_beneditomaciel@outlook.com

CRAS III (São Joaquim) – Rua 13, nº 215, RUC (ou Loteamento) São Joaquim crasIII@outlook.com.br

CREAS – Rua Curitiba, nº 3075, Uirapuru creas.atm@gmail.com

III – CONDIÇÕES HABITACIONAIS DA FAMÍLIA

Data: _____ / _____ / _____

<p>1. Tipo de residência:</p> <p><input type="checkbox"/> Própria <input type="checkbox"/> Cedida</p> <p><input type="checkbox"/> Alugada <input type="checkbox"/> Ocupada</p> <p>Valor do aluguel / prestação: _____</p>	<p>2. Tipo de cobertura:</p> <p><input type="checkbox"/> Brasilit <input type="checkbox"/> Telha de Barro</p> <p><input type="checkbox"/> Lage <input type="checkbox"/> Outros</p> <p>Especifique Outros: _____</p>	<p>3. Material das paredes externas do domicílio:</p> <p><input type="checkbox"/> Alvenaria ou madeira aparelhada</p> <p><input type="checkbox"/> Madeira aproveitada</p> <p><input type="checkbox"/> Taipa revestida ou não revestida</p> <p><input type="checkbox"/> Outros materiais precários</p>
<p>4. Material predominante do piso do domicílio:</p> <p><input type="checkbox"/> Terra</p> <p><input type="checkbox"/> Cimento</p> <p><input type="checkbox"/> Madeira aproveitada</p> <p><input type="checkbox"/> Cerâmica, lajota ou pedra</p> <p><input type="checkbox"/> Outro material</p> <p>Especifique Outros: _____</p>	<p>5. Possui água encanada:</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>	<p>6. Forma de abastecimento de água:</p> <p><input type="checkbox"/> Rede geral de distribuição</p> <p><input type="checkbox"/> Poço ou nascente</p> <p><input type="checkbox"/> Cisterna de capacitação de águas de chuva</p> <p><input type="checkbox"/> Carro pipa</p> <p><input type="checkbox"/> Outra forma</p> <p>Especifique Outros: _____</p>
<p>7. Forma de iluminação no domicílio:</p> <p><input type="checkbox"/> Elétrica com medidor próprio</p> <p><input type="checkbox"/> Elétrica com medidor compartilhado</p> <p><input type="checkbox"/> Elétrica sem medidor</p> <p><input type="checkbox"/> Óleo, querosene, vela ou gás</p> <p><input type="checkbox"/> Outra forma</p> <p>Especifique Outros: _____</p>	<p>8. Escoamento sanitário:</p> <p><input type="checkbox"/> Rede coletora de esgoto ou pluvial</p> <p><input type="checkbox"/> Fossa séptica</p> <p><input type="checkbox"/> Fossa rudimentar</p> <p><input type="checkbox"/> Direto para vala, lago ou rio</p> <p><input type="checkbox"/> Domicílio sem banheiro</p>	<p>9. Coleta de lixo:</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, coleta direta</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, coleta indireta</p> <p><input type="checkbox"/> Queimado ou enterrado na propriedade</p> <p><input type="checkbox"/> Outro destino</p> <p>Especifique Outros: _____</p>
<p>10. Qual o número total de cômodo do domicílio:</p> <p> _____ Número de cômodos</p>	<p>11. Número de cômodos utilizados como dormitório:</p> <p> _____ Número de dormitórios</p>	<p>12. Qual o nº de pessoas do domicílio dividido pelo nº de dormitórios?</p> <p> _____ Número médio de pessoas por dormitório</p>
<p>13. O domicílio possui acessibilidade para pessoas com dificuldade de locomoção?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, tanto nos espaços internos como na comunicação com a rua</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, mas apenas nos espaços internos</p> <p><input type="checkbox"/> Não possui condições de acessibilidade</p>	<p>14. O domicílio está localizado em área de risco:</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Se, sim especifique: _____</p>	<p>15. O domicílio está localizado em área com forte presença de conflito/ violência:</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>
<p>O domicílio está próximo aos quais espaços/ serviços públicos? <input type="checkbox"/> Quadra de esporte <input type="checkbox"/> Centro comunitário <input type="checkbox"/> Praça <input type="checkbox"/> Igreja <input type="checkbox"/> Creche <input type="checkbox"/> Escola <input type="checkbox"/> Posto de Saúde <input type="checkbox"/> CRAS</p> <p><input type="checkbox"/> Outros -> Especifique Outros: _____</p>		

IV – COMPOSIÇÃO FAMILIAR

Data: _____ / _____ / _____

Nº de Ordem	Nome Completo (Sempre comece com o responsável da unidade familiar)	Sexo	Data de Nascimento	Idade	Parentesco	Pessoa com Deficiência	Pessoa com BPC	Assinale caso seja necessário providenciar documentação
1		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	____/____/____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> CN <input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> CTPS <input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> TE <input type="checkbox"/> CPF
2		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	____/____/____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> CN <input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> CTPS <input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> TE <input type="checkbox"/> CPF
3		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	____/____/____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> CN <input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> CTPS <input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> TE <input type="checkbox"/> CPF
4		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	____/____/____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> CN <input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> CTPS <input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> TE <input type="checkbox"/> CPF
5		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	____/____/____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> CN <input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> CTPS <input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> TE <input type="checkbox"/> CPF
6		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	____/____/____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> CN <input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> CTPS <input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> TE <input type="checkbox"/> CPF
7		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	____/____/____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> CN <input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> CTPS <input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> TE <input type="checkbox"/> CPF
8		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	____/____/____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> CN <input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> CTPS <input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> TE <input type="checkbox"/> CPF
9		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	____/____/____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> CN <input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> CTPS <input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> TE <input type="checkbox"/> CPF
10		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	____/____/____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> CN <input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> CTPS <input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> TE <input type="checkbox"/> CPF
11		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	____/____/____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> CN <input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> CTPS <input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> TE <input type="checkbox"/> CPF
12		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	____/____/____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> CN <input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> CTPS <input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> TE <input type="checkbox"/> CPF
13		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	____/____/____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> CN <input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> CTPS <input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> TE <input type="checkbox"/> CPF

***Parentesco:** 1-Responsável familiar; 2-Cônjuge; = 3-Filho(a); 4-Enteado(a); 5-Neto(a); 6-Bisneto(a); 6-Pai/mãe; 7-Sogro(a); 8-Irmão/irmã; 9-Genro/Nora; 10-Outro parente; 11-Não Parente.

****Pessoa com deficiência:** 1-Cegueira; 2-Baixa Visão; 3-Surdez Severa/Profunda; 4-Surdez Leve/Moderada; 5-Deficiência Física; 6-Deficiência Mental/Intelectual; 7-Síndrome de Down; 8- Transtorno Mental. *****Pessoa com BPC:** 1-Idoso; 2-Deficiente. ******Documentação a ser providenciada:** CN=Certidão de Nascimento; RG=Carteira de Identidade; CTPS=Carteira de Trabalho e Previdência Social; CR=Carteira de Reservista; TE=Título de Eleitor; CPF=Cadastro de Pessoa Física.

Atenção: Caso necessite excluir uma pessoa da composição familiar (separação/divisão de família, óbito, etc) marque um "X" sobre o número de ordem e realize as observações relativas à data e motivo da exclusão da composição familiar abaixo.

Nº de Ordem	Nome Completo	Motivo da Exclusão	Data
			___/___/___
			___/___/___
			___/___/___
			___/___/___
			___/___/___
			___/___/___
			___/___/___
			___/___/___
			___/___/___
			___/___/___
			___/___/___
			___/___/___
			___/___/___
			___/___/___
			___/___/___
			___/___/___
			___/___/___
			___/___/___
			___/___/___
			___/___/___
			___/___/___
			___/___/___
			___/___/___
			___/___/___

Especificidades sociais, étnicas ou culturais da família:

Família em situação de rua

Família quilombola

Família ribeirinha

Família de pescadores artesanais

Família cigana

Família extrativista

Família de agricultores familiares

Família indígena residente em aldeia/ reserva → Especifique o povo/ etnia: _____

Família indígena não residente em aldeia/ reserva → Especifique o povo/ etnia: _____

Outras → Especifique: _____

V – CONDIÇÕES DE TRABALHO E RENDIMENTO DA FAMÍLIA

Data: _____ / _____ / _____

Nº de Ordem	Primeiro Nome (liste sempre na mesma sequência)	Idade	Possui CTPS?	Condição de ocupação	Possui qualificação profissional?	Caso sim, qual?	Renda Mensal (R\$) (Salário + Bico + Ajuda/doação regular de não morador + Aposentadoria/ aposentadoria rural/ Pensão + BPC + Seguro-desemprego + Pensão alimentícia + Outras fontes de remuneração, <u>EXCETO</u> Bolsa Família ou outras transferências parecidas)
1			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
2			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
3			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
4			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
5			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
6			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
7			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
8			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
9			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
10			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
11			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
12			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
13			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		

***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); 12-Aposentado; 13-Pensionista; 14-Produtor rural.

V – CONDIÇÕES DE TRABALHO E RENDIMENTO DA FAMÍLIA

Data: _____ / _____ / _____

1. Renda total da família (Sem considerar a renda recebida de programas sociais).

R\$ _____ , _____

2. Renda familiar *per capita* (Sem considerar a renda recebida de programas sociais).

R\$ _____ , _____

3. A família recebe dinheiro de algum Programa Social?

Não Sim → Se Sim, anote os valores recebidos pela família por meio de Programa Sociais:

Bolsa Família – Valor: R\$ _____ , _____ → Indique o nº de ordem da pessoa: _____

PETI – Valor: R\$ _____ , _____

Outros – Valor: R\$ _____ , _____ → Total recebido PS: R\$ _____ , _____

4. Para pessoas que recebem BPC, indique o número de ordem e valor:

Nº de Ordem	Valor
	R\$ _____ , _____
	R\$ _____ , _____
	R\$ _____ , _____
	R\$ _____ , _____
	R\$ _____ , _____
TOTAL	R\$ _____ , _____

5. Para pessoas que recebem PETI, indique o número de ordem e valor:

Nº de Ordem	Valor
	R\$ _____ , _____
	R\$ _____ , _____
	R\$ _____ , _____
	R\$ _____ , _____
	R\$ _____ , _____
TOTAL	R\$ _____ , _____

6. Renda total da família, incluído o valor recebido de programas sociais (campo 1 + campo 3).

R\$ _____ , _____

7. Renda familiar *per capita* , incluído o valor recebido de programas sociais (campo 1 + campo 3).

R\$ _____ , _____

VI – AGRAVOS SOCIAIS

Data: _____ / _____ / _____

Nº de Ordem	Primeiro Nome	Assinale os Agravo(s) Social(is) Identificado(s)	Observações
		<input type="checkbox"/> Agravo 1 <input type="checkbox"/> Agravo 2 <input type="checkbox"/> Agravo 3 <input type="checkbox"/> Agravo 4 <input type="checkbox"/> Agravo 5 <input type="checkbox"/> Agravo 6 <input type="checkbox"/> Agravo 7 <input type="checkbox"/> Agravo 8 <input type="checkbox"/> Agravo 9 <input type="checkbox"/> Agravo 10 <input type="checkbox"/> Agravo 11 <input type="checkbox"/> Agravo 12 <input type="checkbox"/> Agravo 13 <input type="checkbox"/> Agravo 14 <input type="checkbox"/> Agravo 15 <input type="checkbox"/> Agravo 16 <input type="checkbox"/> Agravo 17 <input type="checkbox"/> Agravo 18	
		<input type="checkbox"/> Agravo 1 <input type="checkbox"/> Agravo 2 <input type="checkbox"/> Agravo 3 <input type="checkbox"/> Agravo 4 <input type="checkbox"/> Agravo 5 <input type="checkbox"/> Agravo 6 <input type="checkbox"/> Agravo 7 <input type="checkbox"/> Agravo 8 <input type="checkbox"/> Agravo 9 <input type="checkbox"/> Agravo 10 <input type="checkbox"/> Agravo 11 <input type="checkbox"/> Agravo 12 <input type="checkbox"/> Agravo 13 <input type="checkbox"/> Agravo 14 <input type="checkbox"/> Agravo 15 <input type="checkbox"/> Agravo 16 <input type="checkbox"/> Agravo 17 <input type="checkbox"/> Agravo 18	
		<input type="checkbox"/> Agravo 1 <input type="checkbox"/> Agravo 2 <input type="checkbox"/> Agravo 3 <input type="checkbox"/> Agravo 4 <input type="checkbox"/> Agravo 5 <input type="checkbox"/> Agravo 6 <input type="checkbox"/> Agravo 7 <input type="checkbox"/> Agravo 8 <input type="checkbox"/> Agravo 9 <input type="checkbox"/> Agravo 10 <input type="checkbox"/> Agravo 11 <input type="checkbox"/> Agravo 12 <input type="checkbox"/> Agravo 13 <input type="checkbox"/> Agravo 14 <input type="checkbox"/> Agravo 15 <input type="checkbox"/> Agravo 16 <input type="checkbox"/> Agravo 17 <input type="checkbox"/> Agravo 18	
		<input type="checkbox"/> Agravo 1 <input type="checkbox"/> Agravo 2 <input type="checkbox"/> Agravo 3 <input type="checkbox"/> Agravo 4 <input type="checkbox"/> Agravo 5 <input type="checkbox"/> Agravo 6 <input type="checkbox"/> Agravo 7 <input type="checkbox"/> Agravo 8 <input type="checkbox"/> Agravo 9 <input type="checkbox"/> Agravo 10 <input type="checkbox"/> Agravo 11 <input type="checkbox"/> Agravo 12 <input type="checkbox"/> Agravo 13 <input type="checkbox"/> Agravo 14 <input type="checkbox"/> Agravo 15 <input type="checkbox"/> Agravo 16 <input type="checkbox"/> Agravo 17 <input type="checkbox"/> Agravo 18	
		<input type="checkbox"/> Agravo 1 <input type="checkbox"/> Agravo 2 <input type="checkbox"/> Agravo 3 <input type="checkbox"/> Agravo 4 <input type="checkbox"/> Agravo 5 <input type="checkbox"/> Agravo 6 <input type="checkbox"/> Agravo 7 <input type="checkbox"/> Agravo 8 <input type="checkbox"/> Agravo 9 <input type="checkbox"/> Agravo 10 <input type="checkbox"/> Agravo 11 <input type="checkbox"/> Agravo 12 <input type="checkbox"/> Agravo 13 <input type="checkbox"/> Agravo 14 <input type="checkbox"/> Agravo 15 <input type="checkbox"/> Agravo 16 <input type="checkbox"/> Agravo 17 <input type="checkbox"/> Agravo 18	
		<input type="checkbox"/> Agravo 1 <input type="checkbox"/> Agravo 2 <input type="checkbox"/> Agravo 3 <input type="checkbox"/> Agravo 4 <input type="checkbox"/> Agravo 5 <input type="checkbox"/> Agravo 6 <input type="checkbox"/> Agravo 7 <input type="checkbox"/> Agravo 8 <input type="checkbox"/> Agravo 9 <input type="checkbox"/> Agravo 10 <input type="checkbox"/> Agravo 11 <input type="checkbox"/> Agravo 12 <input type="checkbox"/> Agravo 13 <input type="checkbox"/> Agravo 14 <input type="checkbox"/> Agravo 15 <input type="checkbox"/> Agravo 16 <input type="checkbox"/> Agravo 17 <input type="checkbox"/> Agravo 18	

Agravos Sociais:

- 1-Crianças e adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa.
- 2-Crianças e adolescentes em situação de trabalho infantil.
- 3-Descumprimento de condicionalidade PBF Saúde.
- 4-Descumprimento de condicionalidade de PBF Educação.
- 5-Gestante/ lactante.
- 6- Indícios de situação de insegurança familiar.
- 7- Pessoa que necessita de cuidados de outra pessoa p/ cuidar de si (envelhecimento, doença).
- 8 Pessoa com doença grave.
- 9-Pessoa em situação de rua.

- 10-Pessoa em serviço de acolhida/ abrigo/ privação de liberdade.
- 11-Suposta vítima de situações de discriminação (étnica, orientação sexual, deficiência, etc).
- 12-Suposta vítima de exploração sexual e/ou abuso sexual.
- 13-Suposta vítima de violência intrafamiliar (física, sexual, psicológica).
- 14-Suposta vítima de violência extrafamiliar (física, sexual, psicológica).
- 15-Suposta vítima de negligência: abandono/ isolamento.
- 16-Suposta vítima de tráfico de pessoas.
- 17-Suposta vítima de trabalho escravo.
- 18-Outro. -> Especifique nas observações.

VII – PARTICIPAÇÃO EM SERVIÇOS, PROGRAMAS OU PROJETOS QUE CONTRIBUAM PARA DESENVOLVIMENTO DA CONVIVÊNCIA COMUNITÁRIA E PARA O FORTALECIMENTO DE VÍNCULOS

Registre a participação de membros da família em serviços, programas ou projetos abaixo:

Nº de Ordem	Primeiro Nome	Serviço Programa ou Projeto		Unidade de Realização		Data de Ingresso (mês/ano)	Data de Desligamento (mês ano)
		Cod.	Especifique	Cod.	Especifique	____/____	____/____
						____/____	____/____
						____/____	____/____
						____/____	____/____
						____/____	____/____
						____/____	____/____
						____/____	____/____
						____/____	____/____
						____/____	____/____
						____/____	____/____
						____/____	____/____
						____/____	____/____
						____/____	____/____
						____/____	____/____
						____/____	____/____
						____/____	____/____
						____/____	____/____
						____/____	____/____
						____/____	____/____
						____/____	____/____
						____/____	____/____

***Serviço, Programas ou Projetos:** 1-Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos - **SCFV** para **crianças e/ou adolescentes**; 2-Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos - **SCFV** para **idosos**; 3-Grupo específico desenvolvido pelo **PAIF**; 4-Grupo específico desenvolvido pelo **PAEFI**; 5-Programas ou projetos específicos da Assistência Social que não configurem serviços continuados; 6-Programas ou projetos de **outras políticas setoriais** (Educação, Esporte, Cultura, etc); 7-Outros.

***Unidade de Realização:** 1-Nesta própria unidade; 2-Em outra unidade pública da rede socioassistencial; 3-Em unidade/ entidade privada da rede socioassistencial; 4-Em uma unidade da rede de educação; 5-Outra unidade vinculada a outras políticas.

FORMULÁRIO – CONDIÇÕES EDUCACIONAIS DA FAMÍLIA

Identificação Familiar (IF)		NIS											
Nome do resp. UF											Data das Informações		

Nº de Ordem	Primeiro Nome (liste sempre na mesma sequência)	Idade	Frequenta Escola?	Série/Ano Completo ou Cursando	Qual a rede da sua creche/escola?	Especifique o nome da sua creche/escola?	Quanto tempo encontra-se afastado de atividades escolares?	Quais motivos ocasionaram o afastamento?	Pretende retomar os estudos?	Qual modalidade e horário?
1			<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N						<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	
2			<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N						<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	
3			<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N						<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	
4			<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N						<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	
5			<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N						<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	
6			<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N						<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	
7			<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N						<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	
8			<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N						<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	
9			<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N						<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	
10			<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N						<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	
11			<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N						<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	
12			<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N						<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	
13			<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N						<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	

Creche: 1. Berçário 1; 2. Berçário 2; 3. Maternal 1; 4. Maternal 2. **Pré-escola:** 5. Jardim 1; 6. Jardim 2. **Ensino Fundamental:** 7. 1º Ano/Alfabetização; 8. 2º Ano/ 1ª Série; 9. 3º Ano/2ª Série; 10. 4º Ano/ 3ª Série; 11. 5ºAno/ 4ª Série; 12. 6º Ano/ 5ª Série; 13. 7º Ano/6ªSérie; 14. 8º Ano/ 7ªSérie; 15. 9º Ano/ 8ª Série. **Ensino Médio:** 16. 1º Ano; 17. 2ºAno; 18. 3ºAno

Superior e Pós Graduação: 19. Superior Incompleto; 20. Superior Completo; 21. Pós Graduação; 22. Mestrado/ Doutorado.

EJA: 23. Alfabetização de Adultos 1ª Etapa; 24. Alfabetização de Adultos 2ª Etapa. / **Supletivo:** 25. Supletivo 1º Grau (EJA 1ª a 4ª etapas do Ensino Fundamental); 26. Supletivo 2º Grau (EJA 1ª e 2ª etapas do Ensino Médio). **Supletivo:** 25. Supletivo 1º Grau (EJA 1ª a 4ª etapas do Ensino Fundamental); 26. Supletivo 2º Grau (EJA 1ª e 2ª etapas do Ensino Médio). **Nunca estudou:** 27. N/A (nunca estudou).

Qual a rede da sua creche/escola? 1-Da rede pública; 2-Da rede particular; 3-N/A (não frequenta).

FORMULÁRIO PSICOLÓGICO

Identificação Familiar (IF)		NIS											
Nome do resp. UF											Data das Informações		

Nº de Ordem	Primeiro Nome	Idade	Doença orgânica, perdas na família?	Situação conflituosa ou abalo psíquico que esteja vivenciando?	Possui algum transtorno/ doença mental, física ou intelectual?	Acompanhamento psicológico ou psiquiátrico			
						Já fez ou faz?	Local	Tempo de Tratamento	Medicação, se houver
			<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N			<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
			<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N			<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
			<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N			<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
			<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N			<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
			<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N			<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
			<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N			<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
			<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N			<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
			<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N			<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
			<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N			<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
			<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N			<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
			<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N			<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
			<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N			<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
			<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N			<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
			<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N			<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N

REGISTRO DE ENCAMINHAMENTO

Identificação Familiar (IF)		NIS										
------------------------------------	--	------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nome do resp. UF	
-------------------------	--

Código SUAS		Data do Encaminhamento	____/____/____
--------------------	--	-------------------------------	----------------

Pessoa Encaminhada		Parentesco	
---------------------------	--	-------------------	--

Especifique o Órgão/ Unidade para o qual será está sendo feito este encaminhamento:

Objetivo/ Motivo:

Técnico Responsável	
----------------------------	--

Status	
---------------	--

TABELA CÓDIGO SUAS ENCAMINHAMENTOS

- 05** – Para Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos voltados a crianças e adolescentes
- 06** - Para Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos voltados a idosos
- 07** – Para atualização cadastral no Cadastro Único (inclusive quando realizada nesta própria Unidade)
- 08** – Para inclusão cadastral no Cadastro Único (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 da 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 e 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** – Atendimento Social (código que será utilizado para inserir os encaminhamentos do Serviço Conveniado, antes da integração, ao CRAS)
- 86** – Atendimento Psicológico CRAS
- 90** – Atendimento Pedagógico CRAS
- 96** – Para acesso à documentação outra, que não civil (carteira de pescador ou outros documentos)
- 102** – MTE-Ministério do Trabalho e Emprego (Seguro Defeso, Seguro Desemprego).

FORMULÁRIO DE ENCAMINHAMENTO

Encaminho o Sr(a) _____

e solicito atenção para o seu atendimento no(a) _____

_____ localizado no (a) _____

_____, tendo em consideração as necessidades pela Assistência social e

expostas a seguir: _____

Encaminhamento: _____

Data _____ / _____ / _____

Nome da unidade e técnico responsável pelo encaminhamento _____

Telefone de Contato: _____