

3º RELATÓRIO CONSOLIDADO DE ANDAMENTO DO PBA E DO ATENDIMENTO  
DE CONDICIONANTES

**4.6.2 – PROJETO DE ATENDIMENTO SOCIAL E PSICOLÓGICO DA  
POPULAÇÃO ATINGIDA**

**Anexo 4.6.2 - 7 - Relação de instrumentais**



SOLICITAÇÃO DE ATENDIMENTO – ALTAMIRA		
Atendida por: <input type="checkbox"/> Núcleo Comunidades Interferidas <input type="checkbox"/> Unidade Móvel		
Nº ID:	Nº IF:	Nº Protocolo:
Encaminhado por: <i>(Nome da Instituição, Programa, Projeto, etc.)</i>		
Nome do solicitante		Data:
Telefone:	Celular:	E-mail:
Tem cadastro na instituição, Programa, Projeto? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
<u>Se sim</u> Nome do cadastro:		
Nº do registro/identificação na instituição/programa/projeto:		
<b>MOTIVO DA SOLICITAÇÃO DE ATENDIMENTO:</b>	<b>Nº pessoas a serem atendidas (grupo)</b>	
<b>Histórico</b> (descrição do contexto que motivou a solicitação) :          		

Local \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do responsável



**Atendido por:**  Núcleo Comunidades Interferidas

Unidade Móvel

Nº Protocolo:

**I – FORMA DE ACESSO :**

Por demanda espontânea

Encaminhamento realizado por ins tituição/serviço/rede pública . Qual: \_\_\_\_\_ Nº solicitação: \_\_\_\_\_ Data recebimento: \_\_\_\_\_

Encaminhamento realizado por Projeto do PBA. Qual? \_\_\_\_\_ Nº solicitação: \_\_\_\_\_ Data recebimento: \_\_\_\_\_

**II – IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO**

ZONA URBANA

ZONA RURAL

Nº ID:		Nº IF		Nº CSE – UHE – BM:		
Coordenada: UTM-E: _____ UTM_N: _____ Nº do Ponto: _____			ID SOCIOECONOMICO: (4.6.1)			
Coordenada: GPS: _____			Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M			
Nome e Apelido:				Nascimento: ____/____/____		
Parentesco com o Responsável Familiar (a):						
Nº NIS:		Nº SUS:		Família cadastrou no Cadúnico? : <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Naturalidade (Município/Estado)		Cor/raça (b):		Onde? _____ Quando? _____		
				Já foi atendido pelo CRAS/CREAS: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
CPF:	RG:	Emissão: ____/____/____	UF:	Órgão Emissor:	CTPS nº	Série:
Mãe:						
Pai:						
Endereço:				Nº	Complemento:	
Bairro:		Telefone:		Telefone celular:		
Ponto de Referência:						
Há quanto tempo reside no município?			Último município de residência:			

**III – COMPOSIÇÃO FAMILIAR E RENDA**



Quantas pessoas moram na residência:	
Quantas pessoas contribuem na renda familiar? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> + de 4 <input type="checkbox"/> recebe ajuda de terceiros	Qual o valor total da renda familiar por mês aproximadamente <b>incluindo benefícios</b> , se for o caso? <input type="checkbox"/> Menos de 1 SM <input type="checkbox"/> 1 SM <input type="checkbox"/> de 1 a 2 SM <input type="checkbox"/> de 2 a 3 SM <input type="checkbox"/> de 3 a 4 SM <input type="checkbox"/> + de 4 SM
Recebe Programa de Transferência de Renda? <input type="checkbox"/> Não Recebe <input type="checkbox"/> Sim, qual? <input type="checkbox"/> Bolsa Família <input type="checkbox"/> Bolsa Verde <input type="checkbox"/> Pro Jovem <input type="checkbox"/> PETI <input type="checkbox"/> Bolsa Solidária <input type="checkbox"/> Brasil Carinhoso <input type="checkbox"/> Outros _____ Qual? _____	
Recebe Benefício de Prestação Continuada? <input type="checkbox"/> Não Recebe <input type="checkbox"/> Sim, qual? <input type="checkbox"/> Idoso <input type="checkbox"/> Pessoa com deficiência maior de 18 anos <input type="checkbox"/> Pessoa com deficiência menor de 18 anos Frequenta escola? <input type="checkbox"/> Não. Motivo _____ <input type="checkbox"/> Sim. Qual é o valor total (benefícios)?R\$ _____ Renda per capita <b>incluindo benefícios</b> (total da renda dividido pelo nº de residentes): _____	

**IV – CONDIÇÕES HABITACIONAIS E INFRA-ESTRUTURA URBANA**

Condições de Moradia: <input type="checkbox"/> Própria <input type="checkbox"/> Alugada <input type="checkbox"/> Cedida		Nº de cômodos:		Valor (aluguel ou financiamento): R\$	
Tipo de Construção: <input type="checkbox"/> Alvenaria <input type="checkbox"/> Madeira <input type="checkbox"/> Mista <input type="checkbox"/> Barro/sapé					
A residência localiza-se em ambiente de risco? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <u>Se sim, qual?</u> <input type="checkbox"/> Alagamento <input type="checkbox"/> Deslizamento <input type="checkbox"/> Invasão <input type="checkbox"/> Outros Qual? _____			Utensílios domésticos: <input type="checkbox"/> Fogão <input type="checkbox"/> Botijão <input type="checkbox"/> Geladeira <input type="checkbox"/> Som <input type="checkbox"/> TV		
Possui energia elétrica: <input type="checkbox"/> com padrão (relógio) <input type="checkbox"/> sem padrão <input type="checkbox"/> Não possui Especifique:					
<b>(b)</b> Forma de abastecimento de água: <input type="checkbox"/> SAA <input type="checkbox"/> SAC <input type="checkbox"/> SAI			Tipo de Abastecimento de Água: <input type="checkbox"/> Rede Geral <input type="checkbox"/> Carro Pipa <input type="checkbox"/> Poço <input type="checkbox"/> Fonte <input type="checkbox"/> Poço <input type="checkbox"/> Vizinho		
Possui rede de esgoto: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Tem fossa sanitária <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Tem coleta periódica de lixo: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
		Está localizado em rua asfaltada: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		É atendido p/ transporte público: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Equipamentos próximos à residência: <input type="checkbox"/> CRAS <input type="checkbox"/> Posto de Saúde <input type="checkbox"/> Escola <input type="checkbox"/> Igreja <input type="checkbox"/> Creche <input type="checkbox"/> Centro Comunitário <input type="checkbox"/> Comércio <input type="checkbox"/> Outros _____					



**V – DETALHAMENTO DA COMPOSIÇÃO FAMILIAR**

Nº	Nome	Idade	(a) Parentesco / vínculo	Escolaridade	Profissão	Ocupação (d)	Renda	Fator(es) de risco social (e)
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								
7.								
8.								
9.								
10.								

(a) **Parentesco:** 1.Responsável pela Unidade Familiar; 2.Cônjuge ou companheiro; 3.Filho/a; 4.Enteado/a; 5.Netto/a ou bisneto/a; 6.Pai ou mãe; 7.Sogro/a; 8.Irmão/a; 9.Genro/nora; 10.Outro parente; 11.Não parente.

(b) **SAA (Sistema de Abastecimento de Água –** garantido pelo Governo Estadual); **SAC (Solução Alternativa Coletiva –** organizada coletivamente ou em empresas de hotelaria e terminais rodoviários. Ex.: carro pipa, caixa d’água coletiva, etc.); **SAI – Solução Alternativa Individual** (convencionais de uso doméstico: poço, fonte, caixa d’água, etc.)

(c) **Cor/ raça:** 1.branca; 2.preta; 3.amarela; 4.parda; 5.indígena; 6.sem declaração.

(d) **Ocupação:** 1.Desempregado; 2.Emprego Ocasional 3.Emprego informal; 4.Emprego com carteira; 5.Aposentado / pensionista; 6.Outro: qual

(e) **Fator de risco social:** **1.** Abuso Sexual; **2.**Acolhimento Institucional (abrigo / Centro de Acolhida /xx); **3.** Alcoolismo; **4.** Deficiência auditiva; **5.** Deficiência física; **6.** Deficiência mental; **7.** Deficiência visual; **8.** Desemprego; **9.** Drogadição; **10.**..Hanseníase; **11.** HIV+; **12.** Medida Socioeducativa; **13.** Não freqüenta a escola; **14.** Privação de Liberdade; **15.** Problemas psiquiátricos; **16.** Situação de rua; **17.** Trabalho infantil; **18.** Violência doméstica; **19.** Outro; **20.** Não identificado N.I .





**TIPOS DE ENCAMINHAMENTOS (1)**

05	Para Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos voltados a crianças e adolescentes ( <i>inclusive PETI e Projevem</i> )	52	Para Serviços, Programas ou Projetos voltados à intermediação de mão-de-obra
06	Para Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos voltados para idosos	53	Para acesso a microcrédito
07	Para atualização cadastral no CADÚNICO ( <i>inclusive quando realizada no próprio CRAS</i> )	60	Para programa da área de Habitação
08	Para inclusão no CADÚNICO ( <i>inclusive quando realizada no próprio CRAS</i> )	61	Para acesso à Tarifa Social de Energia Elétrica
09	Para o INSS, visando acesso ao BPC	70	Para Conselho Tutelar
10	Para o INSS visando acesso a outros direitos, que não o BPC	71	Para Poder Judiciário
11	Para acesso a Benefícios Eventuais	72	Para Ministério Público
12	Para acesso a Documentação Civil (Certidão de Nascimento, RG, Carteira de Trabalho, etc)	73	Para Defensoria Pública
15	Encaminhamento para outras unidades/serviços de Proteção Social Especial	74	Outros encaminhamentos (PARA O CRAS)
30	Para Serviços de Saúde Bucal (por exemplo: Brasil Sorridente)	85	Outros encaminhamentos (PARA O CREAS)
31	Para Serviços de Saúde Mental	86	Outros encaminhamentos
32	Para Serviços de Saúde voltados ao acesso de órteses e próteses para pessoas com deficiência	87	Outros encaminhamentos
33	Para Unidades de Saúde da Família	88	Outros encaminhamentos
34	Para outros serviços ou unidades do Sistema Único de Saúde	89	Outros encaminhamentos
40	Para Educação – Creche e Pré-escola (ensino infantil)	90	Outros encaminhamentos
41	Para Educação - Rede regular de ensino (ensino fundamental e ensino médio)	91	Outros encaminhamentos
42	Para Educação de Jovens de Adultos (por exemplo: Brasil Alfabetizado)	92	Outros encaminhamentos
50	Para Serviços, Programas ou Projetos voltados à capacitação profissional	*	Outros encaminhamentos : código livre, a ser utilizado
51	Para Serviços, Programas ou Projetos voltados à geração de trabalho e renda	OBS	<b>INFORMAÇÕES PROGRAMAS / PROJETOS PBA – UHE BELO MONTE: 0800 0912810</b>

**(1) Tabela de Códigos para preenchimento do SUAS/WEB**

Data de Entrevista: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura do Entrevistado: \_\_\_\_\_



FORMULÁRIO DE ENCAMINHAMENTO – COMUNIDADES INTERFERIDAS - Altamira		
Encaminhado por: <input type="checkbox"/> Núcleo Comunidades Interferidas <input type="checkbox"/> Unidade Móvel		
ID:	IF:	Nº Protocolo:
Nome do técnico responsável:		
De:		
Local:	Telefone:	
Para:		
Instituição/Programa/Projeto:		
Endereço:	Telefone:	
Nome do Atendido:		
Endereço:		
Documento de Identificação:		
Síntese do Atendimento:		
Objetivo do Encaminhamento:		
Local e data:		
Assinatura do Técnico Responsável:		



ID: \_\_\_\_\_ IF: \_\_\_\_\_ ID SOCIOECONOMICO 4

Nome do usuário : \_\_\_\_\_

Nome do responsável (se houver) pelo e grau de parentesco: \_\_\_\_\_

Nome do técnico que realizará o acompanhamento: \_\_\_\_\_

**Síntese da situação apresentada**


**Situações de agravo identificadas:**

( ) Fragilização dos vínculos comunitários ( ) Rompimento dos vínculos comunitários ( ) Conflito com viz

( ) Fragilização dos vínculos familiares ( ) Rompimento dos vínculos familiares ( ) Confinamento

**Falta de acesso a:** ( ) Rendimentos ( ) Benefícios ( ) Rede socioassistencial ( ) Saúde ( ) Educação

( ) Outras. Explicitar: \_\_\_\_\_

**Ações propostas para a prevenção das situações de risco e/ou garantia de acesso a rede socioassist**

1 - \_\_\_\_\_

2 - \_\_\_\_\_

3 - \_\_\_\_\_

4 - \_\_\_\_\_

5 - \_\_\_\_\_

**Ações pactuadas com o usuário/ família/ responsável:**

1 - \_\_\_\_\_

2 - \_\_\_\_\_

3 -

4 -

5 -

**Ações intersetoriais e/ou socioassistenciais pactuadas para cumprimento do PDU. Informar tipo (forma/tipo de pactuação; período de acompanhamento; nome do profissional de referência, forma de**

1 -

2 -

3 -

4 -

5 -

**SÍNTESE DO PLANO**

Situações de agravo identificadas	Ações a serem de		
	FAMÍLIA	CRAS	CREAS

--	--	--	--

Plano nº \_\_\_\_\_

Data de elaboração do plano \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Data para reavaliação do Plano \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Data de des

Técnico de referência do atendimento: \_\_\_\_\_

Assinatura do usuário ou de pessoa responsável: \_\_\_\_\_

---

---

1.6.1.: \_\_\_\_\_ **Nº Protocolo:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

---

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

---

- zinhança ( ) Conflito com migrantes ( ) Desorganização do antigo modo de sobrevivência ( ) Desconhecimento  
( ) Isolamento (( ) Violência doméstica ( ) Abuso sexual  
( ) Trabalho ( ) Transporte ( ) Habitação ( ) Esporte ( ) Lazer ( ) Cultura

\_\_\_\_\_

---

---

**Preferências e políticas setoriais, programas e projetos, por ordem de prioridade:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

---

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



Data de validade do Plano: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

ligamento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

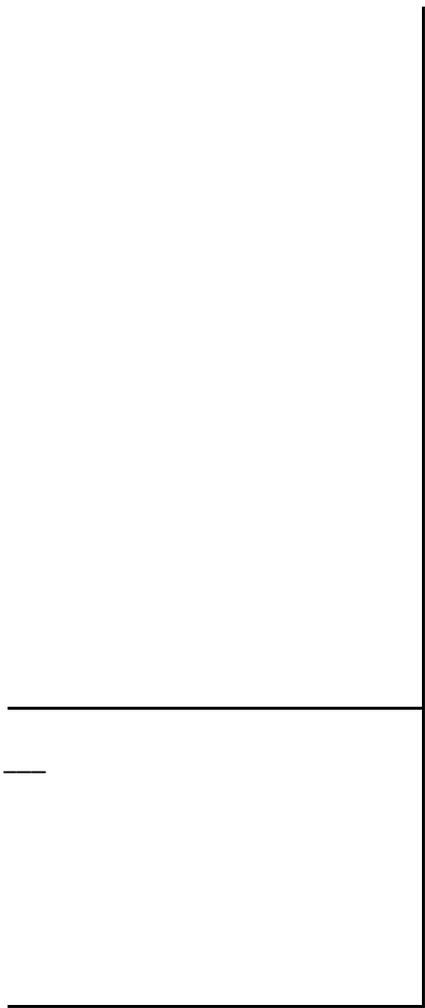



**rojeto etc.;**




Esperados

--





SOLICITAÇÃO DE ATENDIMENTO – MIGRANTE - Altamira		
Atendida por: <input type="checkbox"/> Núcleo Migrantes <input type="checkbox"/> Unid.Móvel		
Nº ID:	Nº IF:	Nº Protocolo:
Encaminhado por: <i>(Nome da Instituição, Programa, Projeto, etc.)</i>		
Nome do solicitante		Data:
Telefone:	Celular:	E-mail:
Tem cadastro na instituição, Programa, Projeto? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
<u>Se sim</u> Nome do cadastro:		
Nº do registro/identificação na instituição/programa/projeto:		
<b>MOTIVO DA SOLICITAÇÃO DE ATENDIMENTO:</b>		<b>Nº pessoas a serem atendidas (grupo)</b>
<b>Histórico</b> (descrição do contexto que motivou a solicitação) :		

Local \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do responsável



FORMULÁRIO DE ATENDIMENTO – MIGRANTE - Altamira

Atendida por:  Núcleo Migrantes  Unidade Móvel

Nº ID: Nº IF: Nº Protocolo:

Nome do Técnico: Data: / /

Dados Pessoais

Nome: Gênero: ( ) F ( ) M

Estado Civil: ( ) Solteiro(a) ( ) Casado(a) ( ) Divorciado(a) ( ) Viúvo(a) ( ) União Estável Data de Nascimento / /

Nome da Mãe: Naturalidade:

Nome do Pai:

Há quanto tempo está na Cidade? Data de chegada / /

Qual o motivo de vir para esta cidade?

Endereço e referências no local de origem (município): UF: ( ) Zona Rural ( ) Zona urbana

Endereço no local de origem:

Nº Compl. Bairro:

Município de origem: CEP: ( ) Zona Rural ( ) Zona urbana

Nome para contato 1:

Telefone 1: ( ) Celular 2: ( ) e-mail:

Nome para contato 2:

Telefone 2: ( ) Celular 2: ( ) e-mail:

Residência na cidade: onde está hospedado atualmente?

( ) Hotel/Pousada ( ) Casa de parentes ( ) Casa de amigos ( ) Residência alugada

( ) Residência própria ( ) Outros /descreva:

Endereço:

Nº Compl. Bairro:

Município: CEP: ( ) Zona Rural ( ) Zona urbana

Telefone 1: ( ) Telefone 2: ( ) e-mail:

Tem alguma despesa com a hospedagem? ( ) sim ( ) não se sim. Qual é o valor?

Veio com a família? Se sim: ( ) Cônjuge ( ) Filhos ou dependentes: ( ) idoso/s  
( ) Não ( ) Sim 0 a 6 anos: nº \_\_\_\_\_. 7 a 13 anos: nº \_\_\_\_\_. 14 a 18 anos: nº \_\_\_\_\_. mais de 18 anos: nº \_\_\_\_\_.

Veio com outros parentes? ( ) Não ( ) Sim. Quantos? \_\_\_\_\_ Fizeram cadastro? ( ) Não ( ) Sim Onde: \_\_\_\_\_



Você é o principal responsável pelo sustento da família? ( ) Sim ( ) Não

**Documentação:**

CPF: Nº

PIS/NIS Nº:

RG: Nº

Órgão emissor:

Carteira de Trabalho:

Título de Eleitor: Nº

Zona:

Seção:

Carteira de Habilitação (CNH)

Nº Prontuário:

Categoria:

**Escolaridade:**

Alfabetizado: Sim ( ) Não ( )

Superior ( ) E. Médio ( ) E. Fundamental ( )

Completo ( )

Série:

Incompleto ( )

Curso Técnico: Sim ( ) Não ( ) Qual:

Completo ( )

Incompleto ( )

Cursando Curso Profissionalizante: Sim ( ) Não ( ) Qual:

Onde:

**Dados Profissionais**

Profissão 1:

Profissão 2:

Tempo de experiência na profissão principal:

Setor: ( ) Construção Civil ( ) Comércio ( ) Serviços ( ) Indústria ( ) Setor Público  
( ) Extrativa Mineral ( ) Agropecuária ( ) Outros/Ignorado

Especificar:

Está empregado atualmente? ( ) Sim ( ) Não

Há quanto tempo?

Situação no emprego: ( ) Empregado ( ) Desempregado ( ) Aposentado ( ) Pensionista ( ) Encostado na Caixa

Função no último emprego/emprego atual:

Empresa:

Rendimento Mensal (Salários Mínimos)

( ) Até 2

( ) de 2 a 3

( ) de 3 a 5

( ) de 5 a 10

( ) Mais de 10



<b>Vínculo Empregatício:</b>	Contratado ( ) CLT ( ) Sem Registro ( ) Contrato Temporário		( ) Autônomo		
( ) Cooperativado	Funcionário Público ( ) Contratado ( ) Efetivo	( ) Empresário	( ) Informal		
Pretende ser colaborador da UHE Belo Monte? ( ) Sim ( ) Não					
Pretensão Profissional 1:					
Pretensão Profissional 2:					
Pretende desenvolver outra atividade econômica? ( ) Sim ( ) Não					
Se sim, qual?					
Expectativa de rendimento mensal (SM):	( ) Até 2	( ) de 2 a 3	( ) de 3 a 5	( ) de 5 a 10	( ) Mais de 10
Sabe usar programas básicos de informática? ( ) Sim ( ) Não					

<b>Dados Socioeconômicos</b>					
<b>Características do local de hospedagem</b>					
Número de cômodos:	___ Quartos	___ Banheiros			
O domicílio dispõe de quais serviços?	( ) Abastecimento de água	( ) Coleta de esgoto	( ) Coleta de lixo	( ) Energia elétrica	
Serviços e equipamentos urbanos disponíveis no entorno	( ) Transporte público	( ) Pavimentação	( ) Calçamento	( ) Iluminação pública	( ) Policiamento
	( ) UBS ou Hospital	( ) Escola pública	( ) Área de lazer	( ) Centro comunitário	

<b>Programas Sociais</b>		
É beneficiário de programas sociais? ( ) Não ( ) Sim. Quais?		
Está sendo encaminhado para Central de Triagem do Núcleo: ( ) Sim ( ) Não	Data: / /	
Por qual instituição/programa/projeto?		

<b>Capacitação e contratação</b>	
Foi encaminhado para Curso de Capacitação de Mão de Obra? ( ) Sim ( ) Não	Data: / /
Curso 1:	Concluiu o curso? ( ) Sim ( ) Não
Local:	
Curso 2:	Concluiu o curso? ( ) Sim ( ) Não
Local:	
Responsável pelo Encaminhamento:	
Foi encaminhado para Seleção/ Contratação? ( ) Sim ( ) Não	Data: / /
Foi contratado? ( ) Sim ( ) Não	Onde?
Data do Contrato:	Função:
Ainda está exercendo a mesma função? ( ) Sim ( ) Não	
<u>Se não</u> Por quê?:	



FORMULÁRIO DE ENCAMINHAMENTO – MIGRANTE - Altamira		
Encaminhado por: <input type="checkbox"/> Núcleo Migrantes <input type="checkbox"/> Unidade Móvel		
ID:	IF:	Nº Protocolo:
Nome do técnico responsável:		
De:		
Local:	Telefone:	
Para:		
Instituição/Programa/Projeto:		
Endereço:	Telefone:	
Nome do Atendido:		
Endereço:		
Documento de Identificação:		
Síntese do Atendimento:		
Objetivo do Encaminhamento:		
Local e data:		
Assinatura do Técnico Responsável:		











**TERMO DE RESPONSABILIDADE – MIGRANTE - Altamira**

Atendida por:  Núcleo Migrantes  Unid.Móvel

Nº ID:

Nº IF:

Nº Protocolo:

Eu: \_\_\_\_\_  
Identidade: \_\_\_\_\_, CPF: \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_, SEXO: M ( ) F ( ),  
Endereço/Local/Origem: \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_, Cidade/UF: \_\_\_\_\_, Profissão: \_\_\_\_\_,  
Estado Civil: \_\_\_\_\_

Declaro-me assim, ciente dos encaminhamentos, citados na *Síntese de Atendimento*, propostos pela equipe do **Núcleo de Atendimento Social às Comunidades Interferidas e ao Migrante**, assinando o presente **Termo de Responsabilidade**, assumindo plenamente a responsabilidade de minhas escolhas a partir desta data.

Local, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO USUÁRIO

# FORMULÁRIO DE ATENDIMENTO

## Casa de Acolhimento ao Migrante de Altamira

Nome da pessoa:				Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
Data de Inscrição: ____/____/____		Nº de Protocolo do Núcleo: _____	Nº de Matrícula: _____	Data de desligamento ____/____/____	
Nascimento: ____/____/____		Local de Origem: _____		Data de Chegada em Altamira: ____/____/____	
Naturalidade (Município/Estado)		Cor/Raça: ( ) Amarelo ( ) Branco ( ) Índio ( ) Negro ( ) Parda ( ) Sem declaração		Composição: ( ) Individual ( ) Familiar	
Emissão: ____/____/____		Órgão Emissor	UF: _____	Certidão de Nascimento: _____	
Mãe: _____			Pai: _____		
Possui deficiência? ( ) Sim ( ) Não Qual: ( ) Física ( ) auditiva ( ) visual ( ) múltipla ( ) Outro			Com laudo médico: ( ) sim ( ) não CID: _____		Se cadastrou no Balcão de atendimento ao Migrante: ( ) Sim ( ) não
Faz acompanhamento Médico: ( ) Sim ( ) Não Qual? _____ Onde? _____			Faz uso de medicação controlada: Sim ( ) Não ( ) Qual?		
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viúvo			Grau de Instrução: <input type="checkbox"/> Analfabeto	Ensino Fundamental: <input type="checkbox"/> Completo <input type="checkbox"/> Incompleto Ensino Médio: ( ) Completo Incompleto	
Ensino Superior: <input type="checkbox"/> Completo <input type="checkbox"/> Incompleto		Profissão: _____	Ocupação		R\$ Renda: _____
Endereço de origem:			Nº _____	CEP: _____	
Bairro: _____		Distrito: _____	Telefone resid: _____	Telefone cel: _____	Telefone: _____
Ponto de Referência: _____					
Recebe Programa de Transferência de Renda? <input type="checkbox"/> Não recebe <input type="checkbox"/> Sim, qual? <input type="checkbox"/> Renda Mínima <input type="checkbox"/> Bolsa Família <input type="checkbox"/> Ação Jovem <input type="checkbox"/> PETI nº de _____					
NIS: _____					
Recebe Benefício de Prestação Continuada? <input type="checkbox"/> Não recebe <input type="checkbox"/> Sim, qual? <input type="checkbox"/> Idoso <input type="checkbox"/> Pessoa com deficiência					

### COMPOSIÇÃO FAMILIAR

Nº	Nome	Data de nascimento - dd/mm/aaaa	Parentesco / vínculo	Escolaridade	Profissão
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					





## 1DECLARAÇÃO DE PERTENCES

Casa de Acolhimento ao Migrante de Altamira

Eu: \_\_\_\_\_

Portador do RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_ SEXO: M ( ) F ( )

Endereço/Local/Origem: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade/UF: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_.

Declaro para os devidos fins, que estou sendo acolhido nesta unidade portando os pertences discriminados abaixo, declarando-me ciente de meu dever e total responsabilidade por esses objetos pessoais, eximindo a Casa de Acolhimento, bem como, seus funcionários de qualquer responsabilidade pelos pertences declarados, assinando, para tal a presente declaração.

Itens	Objetos:	Quantidade:	Estado de conservação:
01			
02			
03			
04			
05			
06			
07			
08			
09			
10			

Local, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Funcionário

\_\_\_\_\_  
Assinatura do usuário (a)

1 Este documento deverá ser impresso e assinado em duas vias.



**TERMO DE RESPONSABILIDADE**

**Casa de Acolhimento ao Migrante de Altamira**

Eu: \_\_\_\_\_

Portador do RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_ SEXO: M ( ) F ( )

Endereço/Local/Origem: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade/UF: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_.

Declaro-me, ciente dos Direitos, Deveres e Regras descritos nas Diretrizes da Casa de Acolhimento ao Migrante de Altamira, as quais aceito, assinando o presente Termo de Responsabilidade, assumindo plenamente a responsabilidade sobre meus atos dentro da unidade a partir desta data.

Altamira-Pará, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Usuário (a)



**TERMO DE ENCERRAMENTO DE ATENDIMENTO**

**Casa de Acolhimento ao Migrante de Altamira**

Eu: \_\_\_\_\_

Portador do RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_ SEXO: M ( ) F ( )

Endereço/Local/Origem: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade/UF: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_.

Declaro-me ciente do **ENCERRAMENTO** dos serviços da Casa de Acolhimento ao Migrante após conclusão dos encaminhamentos realizados por esta unidade e apresentados na Síntese de Atendimento, assinando o presente Termo de Encerramento.

Altamira-Pará, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Usuário (a)



**DECLARAÇÃO TRIMESTRAL DE GERENCIAMENTO DE RECURSOS FINANCEIROS**

Nº Termo de Convênio: \_\_\_\_\_ Vigência de: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ a \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Tipo de Serviço: \_\_\_\_\_

Valor mensal do convênio: \_\_\_\_\_

Trimestre de referência:

1º

2º

3º

4º

Ano de referência: \_\_\_\_\_



Elementos de Despesas		Despesas do Serviço		
		Mês:	Mês:	Mês:
Recursos Humanos	Gestão			
	Funções socioassistenciais			
	Funções de Apoio e Manutenção			
	Encargos Patronais			
	Horas técnicas			
	Horas Oficinas			
Gastos com	Alimentação			
	Kit Migrante			
	Passagens			
	Hospedagem em caráter excepcional			
	Outras despesas			
<b>Total de Despesas</b>				
(a) Total recebido				
(b) Total - Despesas				
(d) Saldo credor				
<b>CONVÊNIO</b>				
<b>CLÁUSULA SEXTA – DA TRANSFERÊNCIA DOS RECURSOS</b>				
6.3 Caso os valores-teto não forem utilizados, o saldo remanescente será deduzido do valor teto mensal da parcela de repasse subsequente.				
6.8 Findo o presente <b>CONVÊNIO</b> , os saldos de recursos remanescentes, serão investidos no fortalecimento da rede socioassistencial do município de Altamira-PA, conforme metas contidas no Plano Municipal de Assistência Social, aprovadas pelo Conselho Municipal de Assistência Social de Altamira-PA em comum acordo com a <b>NORTE ENERGIA</b> .				

Eu declaro que esta Declaração é fiel aos respectivos comprovantes de despesas os quais se encontram à disposição da Norte Energia S/A, Prefeitura Municipal de Altamira e órgãos fiscalizadores.

Nome do Contador \_\_\_\_\_

Nº do CRC: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome do Gerente do Serviço: \_\_\_\_\_



**DESCRIÇÃO MENSAL DE DESPESAS**

**Nº Termo de Convênio:** \_\_\_\_\_ **Vigência de:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Tipo de Serviço:** \_\_\_\_\_

**Valor mensal do convênio:** \_\_\_\_\_

**Processo de Pagamento Nº:** \_\_\_\_\_ **Valor Mensal R\$:** \_\_\_\_\_

**Mês de referência:** \_\_\_\_\_ **Ano de referência:** \_\_\_\_\_









## GRADE DE ATIVIDADES SEMESTRAL

Nº Termo de Convênio: \_\_\_\_\_ Vigência de: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Tipo de Serviço: \_\_\_\_\_

Capacidade de atendimento do Convênio: \_\_\_\_\_

**Legenda para o Planejamento das Atividades nas planilhas seguintes:**

- (1) Relacionar a atividade que será realizada: ex: saída externa, reuniões, palestras, oficinas, etc;**
- (2) Temas a serem trabalhados; local a ser visitado;**
- (3) Descrever o mês previsto;**
- (4) Informar as ofertas que são trabalhadas nesta atividade apresentadas na tipificação do serviço;**



- (5) Informar as ofertas que são trabalhadas nesta atividade apresentadas na tipificação do serviço;**
- (6) Descrever os resultados esperados com a realização da atividade**

**A - Atividades com os usuários:**

Tipo de Atividade (1)	
Informações da Atividade (2)	
Período de Realização (3)	
Relação com as ofertas do trabalho social (4)	
Relação com as ofertas do trabalho socioeducativo (5)	



**B - Atividades com as famílias:**

Tipo de Atividade (1)	
Informações da Atividade (2)	
Período de Realização (3)	
Relação com as ofertas do trabalho social (4)	
Relação com as ofertas do trabalho socioeducativo (5)	



**C - Atividades no território:**

Tipo de Atividade (1)	
Informações da Atividade (2)	
Período de Realização (3)	
Relação com as ofertas do trabalho social (4)	
Relação com as ofertas do trabalho socioeducativo (5)	



**D - Atividades com os profissionais:**

Tipo de Atividade (1)	
Informações da Atividade (2)	
Período de Realização (3)	
Relação com as ofertas do trabalho social (4)	
Relação com as ofertas do trabalho socioeducativo (5)	



Gerente do Serviço: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Altamira: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Técnico Supervisor:

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Altamira: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Chefia Imediata: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Altamira: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_



## RELATÓRIO MENSAL DE SUPERVISÃO TÉCNICA

Data de Referência: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nº Termo de Convênio: \_\_\_\_\_ Vigência de: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Tipo de Serviço: \_\_\_\_\_

Horário de Funcionamento: \_\_\_\_\_

Capacidade de Atendimento:

Ano de referência: \_\_\_\_\_



**1 - Sobre o desenvolvimento das atividades no momento da(s) visita(s) de supervisão técnica**

1.1 - Contemplam as Ofertas Socioassistenciais que constam da tipificação do serviço?

SIM

NÃO

Quais as propostas para melhorar estes resultados? \_\_\_\_\_

---

---

---

Em que prazo: \_\_\_\_\_

---

1.2 Quanto ao material pedagógico utilizado:

1.2.1. A quantidade era adequada:

SIM

NÃO



Quais as propostas para melhorar estes resultados? \_\_\_\_\_

---

---

---

Em que prazo: \_\_\_\_\_

---

1.2.2. A **qualidade** era adequada:

SIM

NÃO

Quais as propostas para melhorar estes resultados? \_\_\_\_\_

---

---

---

Em que prazo: \_\_\_\_\_

---



1.3 Quanto ao envolvimento dos usuários:

**PARTICIPATIVO**

**NÃO PARTICIPATIVO**

Quais as propostas para melhorar estes resultados? \_\_\_\_\_

---

---

---

Em que prazo: \_\_\_\_\_

---

1.4 - A rotina do trabalho técnico está sendo desenvolvida de acordo com a GRAS

**SIM**

**NÃO**

Quais as propostas para melhorar estes resultados? \_\_\_\_\_

---

---

---



Em que prazo: \_\_\_\_\_

---

**2- Sobre as condições do espaço físico no momento da visita de supervisão técnica:**

2.1- Quanto à manutenção:

ADEQUADA

INADEQUADA

Quais as propostas para melhorar estes resultados? \_\_\_\_\_

---

---

---

Em que prazo: \_\_\_\_\_

---

2.2- Quanto às condições de higiene:

ADEQUADA

INADEQUADA

Quais as propostas para melhorar estes resultados? \_\_\_\_\_

---



---

---

Em que prazo: \_\_\_\_\_

---

### **3- Sobre a elaboração de relatórios e manutenção de prontuários:**

3.1 - Quanto à qualidade:

ADEQUADA

INADEQUADA

Quais as propostas para melhorar estes resultados? \_\_\_\_\_

---

---

---

Em que prazo: \_\_\_\_\_

---



**4- Sobre o Plano de Atendimento Individual - PIA dos usuários (quando for o caso):**

4.1 - Elaboração do PIA:

ADEQUADA

INADEQUADA

Quais as propostas para melhorar estes resultados? \_\_\_\_\_

---

---

---

Em que prazo: \_\_\_\_\_

---

4.2 - Execução do PIA:

ADEQUADA

INADEQUADA

Quais as propostas para melhorar estes resultados? \_\_\_\_\_

---

---

---



Em que prazo: \_\_\_\_\_

---

**5- Sobre a articulação com os serviços da rede socioassistencial e outras políticas públicas, bem como dos demais órgãos do sistema de garantia de direitos**

5.1 - Os resultados dos encaminhamentos realizados foram:

ADEQUADOS

INADEQUADOS

Quais as propostas para melhorar estes resultados? \_\_\_\_\_

---

---

---

Em que prazo: \_\_\_\_\_

---

**6- Sobre o trabalho desenvolvido com as famílias dos usuários**

6.1 - Os resultados foram:

SATISFATÓRIOS



INSATISFATÓRIOS

Quais as propostas para melhorar estes resultados? \_\_\_\_\_

---

---

---

Em que prazo: \_\_\_\_\_

---

**7- Sobre os recursos humanos previstos para o serviço:**

7.1 Quanto ao quadro previsto:

COMPLETO

INCOMPLETO

Quais as propostas para melhorar estes resultados? \_\_\_\_\_

---

---

---



Em que prazo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7.2 Quanto à postura técnica dos profissionais?:

APROPRIADA

NÃO APROPRIADA

Quais as propostas para melhorar estes resultados? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Em que prazo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Observações Complementares:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_





## **PARECER FINAL - RELATÓRIO MENSAL DE SUPERVISÃO TÉCNICA**

Atestamos para os devidos fins que o serviço realizado no período de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_, por nós supervisionado e fiscalizado, foi considerado como executado a contento. Ressaltamos que os itens relacionados que necessitam adequação serão acompanhados para o alcance dos resultados previstos nas diretrizes estabelecidas para o serviço.

Altamira: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Técnico Supervisor: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Chefia Imediata: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Ciência do gerente do serviço: \_\_\_\_\_

Nome do gerente: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_