

**ROTEIRO DE VISITA DOMICILIAR**

Nome do Serviço CCA _____ CRAS _____

Nome do profissional que realizou a visita _____ Data: _____ FL. 1/2

Nome do usuário:

Nome do Representante do usuário: _____ Nº NIS _____

Endereço:

Objetivo da visita:

Pessoa(s) da Família que conversou(aram) com o técnico
_____Aterroção na composição Familiar Sim Não
_____**IDENTIFICAÇÃO DA DEMANDA**

Nome do membro da família	Demanda
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

SECRETARIA MUNICIPAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL, CULTURA, ESPORTES E Lazer
SISTEMA MUNICIPAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL, CULTURA, ESPORTES E LAZER

SMDSCPSB

Técnico de Referência do Atendimento
REMATRÍCULA 2024 ASS. DO RESPONSÁVEL

Nome	_____
CPF	_____
RG	_____
Endereço	_____
CEP	_____
Município	_____
UF	_____
Sexo	_____
Data	_____ / _____ / 2024

Técnico de Referência do Atendimento
REMATRÍCULA 2024 ASS. DO RESPONSÁVEL

Data _____ / _____ / 2024



FICHA DE INSCRIÇÃO/ MATRÍCULA/ DESLIGAMENTO DA CRIANÇA E ADOLESCENTE 2024

MATRÍCULA 2024

Nome do Serviço CCA PARCEIROS DA CRIANÇA

CRAS Ipiranga

FL. 1/2

Nome da Cça/Adol:					Sexo:		
Data de Inscrição:	Data de Matrícula:		Nº de Matrícula:	Data de desligamento	Motivo do desligamento:		
Nascimento:	Nº BDC	Nº NIS					
Naturalidade (Município/Estado)		Cor/raça (a):	Pessoa com deficiência	CPF:	RG:		
Emissão:		Órgão Emissor	UF:	Certidão de Nascimento:	Folha: Livro:		
Nome da escola:					Série: Horário:		
Mãe:		Pai:					
Nome do Responsável:			Grau de parentesco:				
Estado Civil:		Grau de instrução:					
Profissão:		Ocupação	Renda: R\$				
Endereço:			Nº	Compl:	CEP:		
Bairro:	Distrito:	Telefone resid:	Telefone cel:	Telefone:			
Ponto de Referência:							
Condições de Moradia:		Nº de cômodos:	Valor (aluguel ou financiamento): R\$				
Tipo de Construção:		Situação Habitacional:					
Recebe Programa de Transferência de Renda?							
Recebe Benefício de Prestação Continuada?							
COMPOSIÇÃO FAMILIAR							
Nº	Nome	Data de nascimento - dd/mm/aaaa	Parentesco / vínculo	Profissão	Ocupação	Renda	Fator(es) de risco social (b)
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							

(a) Cor/raça: branca, preta, amarela, parda, indígena, sem declaração.

(b) Fator de risco social: 1. Acolhimento; 2. Deficiência auditiva; 3. Deficiência física; 4. Deficiência mental; 5. Deficiência visual; 6. Desemprego; 7. Drogadição; 8. DST (HIV+); 9. Problemas psiquiátricos; 10. Situação de rua; 11. Trabalho infantil; 12. Violência doméstica; 13. Medida socioeducativa; 14. Prorrogação de liberdade; 15. Acolhimento Institucional (abrigocentro de acolhida); 16. Outro _____

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO - SMADS



FICHA DE SAÚDE - CRIANÇA / ADOLESCENTE CCA's

DATA: _____

DATA DE ADMISSÃO: _____

NOME: _____

DATA NASCIMENTO: _____ SEXO: _____

ESTATURA: _____ PESO: _____

DOENÇAS QUE JÁ TEVE:

TEM ALERGIA?

TEM BRONQUITE OU FALTA DE AR?

MEDICAMENTO UTILIZADO: _____

LOCAL DE ACOMPANHAMENTO: _____

TEM CONVULSÃO OU ATAQUES?

MEDICAMENTO UTILIZADO: _____

LOCAL DE ACOMPANHAMENTO: _____

JÁ ESTEVE INTERNADO?

JÁ FOI AO DENTISTA?

ESTÁ EM TRATAMENTO. QUAL?

ASSISTÊNCIA DE SAÚDE CONVENIADA :

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE:

CARTEIRA DE VACINA ATUALIZADA:

AUTORIZA MEDICAÇÃO CONTRA FEBRE? QUAL? _____

PODE PRATICAR ATIVIDADES FÍSICAS?

PREENCHIDO POR: _____