

# FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DA FAMÍLIA

\* = Campo de informação obrigatória     = Campo de seleção única     = Campo de múltipla seleção

Versão 3 - 19/08/2024    1/2

Nº da família: _____		Município: _____		Data: ___/___/___	
1. Nome completo do(a) visitador(a) responsável:*					
<b>IDENTIFICAÇÃO</b>					
2. Qual o nome completo do(a) entrevistado(a)?*					
3. Possui nome social? * <input type="radio"/> Sim (Especifique abaixo) <input type="radio"/> Não					
4. Sexo: * <input type="radio"/> Feminino <input type="radio"/> Masculino		5. Qual o número do telefone/celular? (    )			
6. E-mail: _____					
7. Qual o nº de CPF?		8. Qual o nº de identificação Social – NIS?		9. Qual a nacionalidade?*	
_____		_____		<input type="radio"/> Brasileiro(a) <input type="radio"/> Outro (Especifique abaixo)	
10. Logradouro*: _____					
11. Número:*			12. Complemento: _____		
_____			_____		
13. Bairro/Comunidade:*			14. CEP: *		
_____			_____		
15. Ponto de referência:*			16. Área: * <input type="radio"/> Rural/Campo <input type="radio"/> Urbano <input type="radio"/> Outra (Especifique abaixo)		
_____			_____		
17. Qual a função parental do(a) entrevistado(a) (em relação à criança atendida)?*					
<input type="radio"/> Mãe <input type="radio"/> Madrasta <input type="radio"/> Avô / Avó <input type="radio"/> Tio / Tia <input type="radio"/> Primo / Prima <input type="radio"/> Vizinho(a) <input type="radio"/> Pai <input type="radio"/> Padrasto <input type="radio"/> Irmão / Irmã <input type="radio"/> Integrante de família acolhedora <input type="radio"/> Profissional de serviço de acolhimento <input type="radio"/> Babá <input type="radio"/> Outro. Qual? _____					
18. Tem alguma deficiência? * <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não					
Se sim, qual? <input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Intelectual/Cognitiva <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Outra. Qual? _____					
<b>INFORMAÇÕES SOBRE A FAMÍLIA/DOMICÍLIO – OBSERVE E/OU PERGUNTE</b>					
19. Qual o melhor horário e dia da semana para receber o atendimento? *					
<input type="radio"/> Manhã <input type="radio"/> Tarde <input type="radio"/> Noite <input type="radio"/> Segunda <input type="radio"/> Terça <input type="radio"/> Quarta <input type="radio"/> Quinta <input type="radio"/> Sexta <input type="radio"/> Sábado					
20. Quem são os(as) principais cuidadores(as) da(s) criança(s)?*					
<input type="checkbox"/> Mãe(s) <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Avô / Avó(s) <input type="checkbox"/> Tio/ Tia <input type="checkbox"/> Primo / Prima <input type="checkbox"/> Vizinho(a) <input type="checkbox"/> Pai(s) <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Irmão / Irmã(s) <input type="checkbox"/> Integrante de família acolhedora <input type="checkbox"/> Profissional de serviço de acolhimento <input type="checkbox"/> Babá <input type="checkbox"/> Outro. Qual? _____					
21. Quem são os responsáveis pela renda da família? * (Marque todos que se aplicam)					
<input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Avós <input type="checkbox"/> Tio / Tia <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Irmão / Irmã <input type="checkbox"/> Não quer ou não sabe informar <input type="checkbox"/> Outros. Quais? _____					
22. Qual o total da renda familiar?*					
<input type="radio"/> Até ½ salário mínimo <input type="radio"/> Mais de 1 até 2 salários mínimos <input type="radio"/> Mais de 3 salários mínimos <input type="radio"/> Mais de ½ até 1 salário mínimo <input type="radio"/> Mais de 2 até 3 salários mínimos <input type="radio"/> Não quer ou não sabe informar					
23. Quais as principais fontes de renda da família? * (Marque todas que se aplicam)					
<input type="checkbox"/> Empregador <input type="checkbox"/> Assalariado com Carteira de Trabalho assinada <input type="checkbox"/> Servidor público / Militar <input type="checkbox"/> Autônomo sem Previdência Social <input type="checkbox"/> Outro. Qual? _____ <input type="checkbox"/> Aposentado / Pensionista <input type="checkbox"/> Assalariado sem Carteira de Trabalho assinada <input type="checkbox"/> Autônomo com Previdência Social <input type="checkbox"/> Não quer ou não sabe informar					
24. A família é beneficiária de Programas Sociais? * <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não					
Se sim, qual? <input type="checkbox"/> Bolsa Família <input type="checkbox"/> Benefício de Prestação Continuada - BPC <input type="checkbox"/> Outro. Qual? _____					
25. Qual o tipo de moradia da família? *		26. Qual a situação da moradia da família? *		27. Sobre a moradia, qual material predominante nas paredes? *	
<input type="radio"/> Casa <input type="radio"/> Apartamento <input type="radio"/> Serviço de acolhimento institucional <input type="radio"/> Unidade Materno Infantil em estabelecimento prisional <input type="radio"/> Em situação de rua <input type="radio"/> Outro. Qual? _____		<input type="radio"/> Própria <input type="radio"/> Alugada <input type="radio"/> Cedida <input type="radio"/> Ocupação <input type="radio"/> Outra. Qual? _____		<input type="radio"/> Alvenaria <input type="radio"/> Madeira tratada <input type="radio"/> Madeira aproveitada <input type="radio"/> Taipa <input type="radio"/> Palha <input type="radio"/> Lona /Plástico <input type="radio"/> Outro. Qual? _____	
28. Quantos cômodos têm no domicílio? * (Incluir banheiro, cozinha, quartos...)					
<input type="radio"/> Não se aplica <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 10 ou mais					
29. Com relação aos espaços e segurança. Observe e pergunte:*		30. Qual forma de abastecimento da água utilizada?*		31. A água para beber é filtrada, fervida ou tratada com algum produto? * <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
<input type="checkbox"/> Há espaço para a criança brincar <input type="checkbox"/> Sem espaço para a criança brincar <input type="checkbox"/> Espaço seguro para a criança <input type="checkbox"/> Espaço sem segurança para a criança		<input type="checkbox"/> Rede / Pública <input type="checkbox"/> Poço ou nascente <input type="checkbox"/> Cisterna <input type="checkbox"/> Carro pipa <input type="checkbox"/> Cacimba <input type="checkbox"/> Chafariz <input type="checkbox"/> Outra. Qual? _____		32. Neste domicílio existe banheiro ou sanitário? * <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
				33. Neste domicílio tem eletricidade? * <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	

<p><b>34. Quais eletrodomésticos/ferramentas de comunicação existentes no domicílio? *</b></p> <p><input type="checkbox"/> Celular                      <input type="checkbox"/> Celular com acesso a internet   <input type="checkbox"/> Geladeira  <input type="checkbox"/> Fogão a gás                      <input type="checkbox"/> Televisão                      <input type="checkbox"/> Rádio  <input type="checkbox"/> Jornal impresso                      <input type="checkbox"/> Computador                      <input type="checkbox"/> Computador/Tablet com acesso à internet</p> <p><input type="checkbox"/> Outros. Qual(is)? _____</p>	<p><b>35. Quais meios de transporte à família utiliza para sair com a(s) criança(s)?*</b></p> <p><input type="checkbox"/> Transporte público   <input type="checkbox"/> Carro próprio  <input type="checkbox"/> Moto                      <input type="checkbox"/> Bicicleta  <input type="checkbox"/> Outro. Qual?                      <input type="checkbox"/> Nenhum</p>	<p><b>36. Qual o destino do lixo da família?*</b></p> <p><input type="radio"/> Coletado                      <input type="radio"/> Queimado  <input type="radio"/> A céu aberto                      <input type="radio"/> Outro. Qual?</p>
<p><b>37. Quantas pessoas moram neste domicílio? *</b></p> <p><input type="radio"/> 1   <input type="radio"/> 2   <input type="radio"/> 3   <input type="radio"/> 4   <input type="radio"/> 5   <input type="radio"/> 6   <input type="radio"/> 7   <input type="radio"/> 8   <input type="radio"/> 9   <input type="radio"/> 10 ou mais</p>		
<p><b>38. Qual o número de membros da família por faixa etária?*</b></p> <p>De 0 a 3 anos: _____ De 4 a 6 anos: _____ De 7 a 12 anos: _____ De 13 a 18 anos: _____ De 19 a 59 anos: _____ De 60 anos ou mais: _____</p>		
<p><b>39. Tem alguma gestante no domicílio?*</b></p> <p><input type="radio"/> Sim   <input type="radio"/> Não</p>		
<p><b>40. Qual o número de crianças que serão atendidas na visita?*</b></p> <p><input type="radio"/> Não se aplica   <input type="radio"/> 1   <input type="radio"/> 2   <input type="radio"/> 3   <input type="radio"/> 4   <input type="radio"/> 5   <input type="radio"/> 6   <input type="radio"/> 7 ou mais</p>		
<p><b>41. A família fala outra língua/idioma?*</b>   <input type="radio"/> Sim   <input type="radio"/> Não</p> <p>Se sim, qual(is)? _____</p>		
<p><b>42. Há no domicílio casos de: (Pode ser difícil obter essa informação nas primeiras visitas. O formulário poderá ser atualizado caso a informação seja obtida posteriormente)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Pessoas com deficiências PCD                      <input type="checkbox"/> Pessoa cumprindo pena em regime aberto  <input type="checkbox"/> Uso abusivo de álcool                      <input type="checkbox"/> Pessoa cumprindo medida socioeducativa  <input type="checkbox"/> Uso abusivo de outras drogas                      <input type="checkbox"/> Mãe com histórico de filho que tenha morrido  <input type="checkbox"/> Pessoa com 16 ou + sem trabalhar                      <input type="checkbox"/> Mãe com histórico de filho nascido morto</p>		
<p><b>43. Algum membro da família (que more na casa) está privado de liberdade (regime fechado)?*</b>   <input type="radio"/> Sim   <input type="radio"/> Não   <input type="radio"/> Não quer responder</p> <p>Se sim, qual (em relação à criança)? (Marque todas que se aplicam)</p> <p><input type="checkbox"/> Mãe   <input type="checkbox"/> Irmão   <input type="checkbox"/> Pai   <input type="checkbox"/> Avô(ó)   <input type="checkbox"/> Outro parente. Qual? _____</p>		
<p><b>44. Existem animais domésticos no domicílio?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Gatos/Quantos? _____                      <input type="checkbox"/> Pássaro/Quantos? _____  <input type="checkbox"/> Cachorro/Quantos? _____                      <input type="checkbox"/> Outro(s). Qual(is)? _____</p>		
<p><b>45. Algum parente da sua família mora aqui no município?*</b>   <input type="checkbox"/> Sim, no mesmo bairro/comunidade   <input type="checkbox"/> Sim, em outro bairro/comunidade   <input type="checkbox"/> Não</p>		
<p><b>46. A família participa de grupos ou atividades comunitárias?*</b>   <input type="radio"/> Sim   <input type="radio"/> Não</p>		
<p><b>47. Quais os aspectos culturais e religiosos da família?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Católico                      <input type="checkbox"/> Umbandista                      <input type="checkbox"/> Espírita  <input type="checkbox"/> Evangélico                      <input type="checkbox"/> Ateu                      <input type="checkbox"/> Outro. Qual? _____</p>		
<p><b>48. Para cuidar da saúde qual serviço a família busca? *</b></p> <p><input type="checkbox"/> UBS – Unidade Básica de Saúde                      <input type="checkbox"/> Farmácia  <input type="checkbox"/> ESF- Estratégia de Saúde da Família                      <input type="checkbox"/> Hospital  <input type="checkbox"/> Centro de Saúde                      <input type="checkbox"/> SAMU  <input type="checkbox"/> UPA – Unidade de Pronto Atendimento                      <input type="checkbox"/> Benzedeira  <input type="checkbox"/> Outro(s). Qual(is)? _____</p>	<p><b>49. A família é atendida pela ESF? *</b></p> <p><input type="radio"/> Sim. Qual? _____   <input type="radio"/> Não</p> <p><b>50. A família recebe visita do(a) Agente Comunitário? *</b></p> <p><input type="radio"/> Sim. Qual? _____   <input type="radio"/> Não</p>	
<p><b>51. Quais os outros serviços acompanham a família? *</b></p> <p><input type="checkbox"/> CAPS – Centro de Atenção Psicossocial                      <input type="checkbox"/> CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social  <input type="checkbox"/> SAE – Serviço de Assistência Especializada                      <input type="checkbox"/> Conselho Tutelar  <input type="checkbox"/> Centro de Referência de Atendimento à Mulher                      <input type="checkbox"/> Serviços de Atenção Especializada à Pessoas com deficiências - PCD  <input type="checkbox"/> Centro de Convivência de crianças de 0 a 6 anos                      <input type="checkbox"/> Nenhum desses</p>		
<p><b>52. Qual CRAS de referências da família?</b> _____</p>		
<p><b>53. Qual a forma de captação da família ao PIM? *</b></p> <p><input type="radio"/> Particularizada no CRAS                      <input type="radio"/> Encaminhamento da rede da Educação  <input type="radio"/> Coletiva em grupos no CRAS                      <input type="radio"/> Encaminhamento de outros serviços da rede da Assistência Social  <input type="radio"/> No domicílio, pelo visitador/supervisor/GTM                      <input type="radio"/> Encaminhamento por órgão do Poder Judiciário  <input type="radio"/> Coletiva nas oficinas do PAIF                      <input type="radio"/> Através de conhecidos / vizinhos  <input type="radio"/> Encontro/reunião intersetorial                      <input type="radio"/> Estabelecimento prisional  <input type="radio"/> Encaminhamento da rede da Saúde                      <input type="radio"/> Outros. Qual? _____</p>		
<p><b>54. Qual a expectativa da família ao participar do PIM?*</b></p>		
<b>INATIVAÇÃO DA FAMÍLIA</b>		
<p>Motivo:</p> <p><input type="radio"/> Finalização dos atendimentos em razão da criança ter completado 06 anos  <input type="radio"/> Finalização dos atendimentos em razão da criança ter completado 03 anos  <input type="radio"/> Mudança de endereço para o mesmo município  <input type="radio"/> Mudança de endereço para outro município  <input type="radio"/> Suspensão para aguardar transferência de Visitador  <input type="radio"/> Desabilitação ou suspensão do programa no município  <input type="radio"/> Inativa por finalização dos atendimentos de crianças e gestantes  <input type="radio"/> Ingresso do familiar no mercado de trabalho  <input type="radio"/> Desistência do programa  <input type="radio"/> Óbito da criança e/ou gestante  <input type="radio"/> Ingresso da criança na educação infantil  <input type="radio"/> Outro. Qual? _____</p> <p>Data: ____/____/____</p>		