


















* = Campo de informação obrigatória

○ = Campo de seleção única

☐ = Campo de múltipla seleção

Visando a integração dos Programas Primeira Infância Melhor e Criança Feliz no estado do Rio Grande do Sul, unificamos as informações dos formulários. Os municípios que possuem os dois programas poderão utilizar este documento que contém as informações dos formulários de "Caracterização da Família" do PIM e de "Caracterização da Família" do Criança Feliz. Todas as perguntas abaixo estão numeradas de acordo com o formulário do PIM, já o número após a logo  é o número que corresponde a pergunta/alternativa do formulário do e-PCF.

Após seu preenchimento, os mesmos deverão ser digitados nos sistemas de informação do PIM - SisPIM e do Criança feliz e-PCF.

PIM – PRIMEIRA INFÂNCIA MELHOR		Nº da família: _____	Data: ____/____/____
FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DA FAMÍLIA		 (3) Município: _____	 (2)UF: _____
1. Nome completo do visitador responsável:* _____			
IDENTIFICAÇÃO			
2.  (21) 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.  (21) Qual o número do telefone/celular? ()	
6. E-mail: _____			
7. Qual o nº de CPF? _____		8.  (1) Qual o nº de identificação Social – NIS? _____	9. Qual a nacionalidade?*
10.  (4) Logradouro*: _____		<input type="radio"/> Brasileiro(a) <input type="radio"/> Outro (Especifique abaixo)	
11. Número:* _____		12. Complemento:* _____	
13.  (5) Bairro/Comunidade:* _____		14.  (6) CEP: * _____	
15.  (7) Ponto de referência:* _____		16.  (8) 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? _____			
INFORMAÇÕES SOBRE A FAMÍLIA/DOMICÍLIO – OBSERVE E/OU PERGUNTE			
19.  (29) 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.  (27) Quem são os principais cuidadores 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.  (23) 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"/> Assalariado sem Carteira de Trabalho assinada <input type="checkbox"/> Autônomo com Previdência Social <input type="checkbox"/> Autônomo sem Previdência Social <input type="checkbox"/> Aposentado / Pensionista <input type="checkbox"/> Servidor público / Militar <input type="checkbox"/> Não quer ou não sabe informar <input type="checkbox"/> Outro. Qual? _____			
24.  (18) 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.  (9) 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.  (10) 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			

<p>29. (11) Com relação aos espaços e segurança. Observe e pergunte:*</p> <p><input type="checkbox"/> Há espaço para a criança brincar</p> <p><input type="checkbox"/> Sem espaço para a criança brincar</p> <p><input type="checkbox"/> Espaço seguro para a criança</p> <p><input type="checkbox"/> Espaço sem segurança para a criança</p>	<p>30. (12) Qual forma de abastecimento da água utilizada?*</p> <p><input type="checkbox"/> Rede / Pública <input type="checkbox"/> Poço ou nascente</p> <p><input type="checkbox"/> Cisterna <input type="checkbox"/> Carro pipa</p> <p><input type="checkbox"/> Cacimba <input type="checkbox"/> Chafariz</p> <p><input type="checkbox"/> Outra. Qual? _____</p>	<p>31. (13) A água para beber é filtrada, fervida ou tratada com algum produto?* <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> <p>32. (14) Neste domicílio existe banheiro ou sanitário?*</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> <p>33. (15) Neste domicílio tem eletricidade?*</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p>
<p>34. (16) Quais eletrodomésticos/ferramentas de comunicação existentes no domicílio? *</p> <p><input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Celular com acesso a internet <input type="checkbox"/> Geladeira</p> <p><input type="checkbox"/> Fogão a gás <input type="checkbox"/> Televisão <input type="checkbox"/> Rádio</p> <p><input type="checkbox"/> Jornal impresso <input type="checkbox"/> Computador <input type="checkbox"/> Computador/Tablet com acesso a internet</p> <p><input type="checkbox"/> Outros. Qual(is)? _____</p>	<p>35. (17) Quais meios de transporte à família utiliza para sair com a(s) criança(s)?*</p> <p><input type="checkbox"/> Transporte público <input type="checkbox"/> Carro próprio</p> <p><input type="checkbox"/> Moto <input type="checkbox"/> Bicicleta</p> <p><input type="checkbox"/> Outro. Qual? _____ <input type="checkbox"/> Nenhum</p>	<p>36. Qual o destino do lixo da família?*</p> <p><input type="radio"/> Coletado <input type="radio"/> Queimado</p> <p><input type="radio"/> A céu aberto <input type="radio"/> Outro. Qual? _____</p>
<p>37. (19) Quantas pessoas moram neste domicílio? *</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>38. (24) Qual o número de membros da família por faixa etária?*</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>39. (28) Tem alguma gestante no domicílio?*</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p>		
<p>40. (24) Qual o número de crianças que serão atendidas na visita?*</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>41. (20) A família fala outra língua/idioma?* <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> <p>Se sim, qual(is)? _____</p>		
<p>42. (25) 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)</p> <p><input type="checkbox"/> Pessoas com deficiências PCD <input type="checkbox"/> Pessoa cumprindo pena em regime aberto</p> <p><input type="checkbox"/> Uso abusivo de álcool <input type="checkbox"/> Pessoa cumprindo medida socioeducativa</p> <p><input type="checkbox"/> Uso abusivo de outras drogas <input type="checkbox"/> Mãe com histórico de filho que tenha morrido</p> <p><input type="checkbox"/> Pessoa com 16 ou + sem trabalhar <input type="checkbox"/> Mãe com histórico de filho nascido morto</p>		
<p>43. Algum membro da família (que more na casa) está privado de liberdade (regime fechado)?* <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não quer responder</p> <p>Se sim, quem (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. Quem? _____</p>		
<p>44. (26) Existem animais domésticos no domicílio?</p> <p><input type="checkbox"/> Gatos/Quantos? _____ <input type="checkbox"/> Pássaro/Quantos? _____</p> <p><input type="checkbox"/> Cachorro/Quantos? _____ <input type="checkbox"/> Outro(s). Qual(is)? _____</p>		
<p>45. (30) Algum parente da sua família mora aqui no município?* <input type="checkbox"/> Sim, no mesmo bairro/comunidade <input type="checkbox"/> Sim, em outro bairro/comunidade <input type="checkbox"/> Não</p>		
<p>46. (31) A família participa de grupos ou atividades comunitárias?* <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p>		
<p>47. (32) Quais os aspectos culturais e religiosos da família?</p> <p><input type="checkbox"/> Católico <input type="checkbox"/> Umbandista <input type="checkbox"/> Espírita</p> <p><input type="checkbox"/> Evangélico <input type="checkbox"/> Ateu <input type="checkbox"/> Outro. Qual? _____</p>		
<p>48. (34) Para cuidar da saúde qual serviço a família busca? *</p> <p><input type="checkbox"/> UBS – Unidade Básica de Saúde <input type="checkbox"/> Farmácia</p> <p><input type="checkbox"/> ESF- Estratégia de Saúde da Família <input type="checkbox"/> Hospital</p> <p><input type="checkbox"/> UPA – Unidade de Pronto Atendimento <input type="checkbox"/> SAMU</p> <p><input type="checkbox"/> Centro de Saúde</p> <p><input type="checkbox"/> Benzedeira</p> <p><input type="checkbox"/> Outro(s). Qual(is)? _____</p>	<p>49. (35) A família é atendida pela ESF? *</p> <p><input type="radio"/> Sim. Qual? _____ <input type="radio"/> Não</p> <p>50. (36) A família recebe visita do(a) Agente Comunitário? *</p> <p><input type="radio"/> Sim. Qual? _____ <input type="radio"/> Não</p>	
<p>51. (37) Quais os outros serviços acompanham a família? *</p> <p><input type="checkbox"/> CAPS – Centro de Atenção Psicossocial <input type="checkbox"/> CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social</p> <p><input type="checkbox"/> SAE – Serviço de Assistência Especializada <input type="checkbox"/> Conselho Tutelar</p> <p><input type="checkbox"/> Centro de Referência de Atendimento à Mulher <input type="checkbox"/> Serviços de Atenção Especializada à Pessoas com deficiências - PCD</p> <p><input type="checkbox"/> Centro de Convivência de crianças de 0 a 6 anos <input type="checkbox"/> Nenhum desses</p>		
<p>52. Qual CRAS de referências da família? _____</p>		
<p>53. (38) Qual a forma de captação da família ao PIM/Criança Feiz? *</p> <p><input type="radio"/> Particularizada no CRAS <input type="radio"/> Encaminhamento da rede da Educação</p> <p><input type="radio"/> Coletiva no CRAS <input type="radio"/> Encaminhamento de outros serviços da Assistência Social</p> <p><input type="radio"/> No domicílio, pelo visitador/supervisor/GTM <input type="radio"/> Através de conhecidos / vizinhos</p> <p><input type="radio"/> Coletiva nas oficinas do PAIF <input type="radio"/> Estabelecimento prisional</p> <p><input type="radio"/> Encontro/reunião intersetorial <input type="radio"/> Outros. Qual? _____</p> <p><input type="radio"/> Encaminhamento da rede da Saúde</p>		
<p>54. (33) Qual a expectativa da família ao participar do PIM/Criança Feiz?*</p>		

