

## 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 entrevistado(a)?*					
3. Possui nome social?* <input type="radio"/> Sim. Especifique* _____ <input type="radio"/> Não					
4. Sexo*: <input type="radio"/> feminino <input type="radio"/> masculino					
5. Qual o nº do telefone/celular? ( ) _____					
6. E-mail: _____					
7. Qual o nº do CPF?					
8. Qual o nº de Identificação Social - NIS?					
9. Qual a nacionalidade?* <input type="radio"/> Brasileiro (a) <input type="radio"/> Outro. Qual? _____					
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"/> Pai <input type="radio"/> Madrasta <input type="radio"/> Padrasto <input type="radio"/> Avô/Avó <input type="radio"/> Irmão/Irmã <input type="radio"/> Tio/Tia <input type="radio"/> Integrante de família acolhedora <input type="radio"/> Primo/Prima <input type="radio"/> Profissional de Serviço de acolhimento <input type="radio"/> Vizinho(a) <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 principais cuidadores da(s) criança(s)?\*

- Mãe(s)  
 Pai(s)  
 Madrasta  
 Padrasto  
 Avô/Avó(s)  
 Irmão/Irmã(s)  
 Tio/Tia  
 Integrante de família acolhedora  
 Primo/Prima  
 Profissional de Serviço de acolhimento  
 Vizinho(a)  
 Babá  
 Outro. Qual? \_\_\_\_\_

21. Quem são os responsáveis pela renda da família?\* (Marque todas que se aplicam)

- Mãe  
 Pai  
 Madrasta  
 Padrasto  
 Avós  
 Irmão/Irmã  
 Tio/Tia  
 Não quer ou não sabe informar  
 Outros. Quais? \_\_\_\_\_

22. Qual o total da renda familiar?\*

- Até ½ salário mínimo  
 Mais de ½ até 1 salário mínimo  
 Mais de 1 até 2 salários mínimos  
 Mais de 2 até 3 salários mínimos  
 Mais de 3 salários mínimos  
 Não quer/não sabe informar

23. Quais as principais fontes de renda da família?\* (Marque todas que se aplicam)

- Empregador  
 Aposentado/pensionista  
 Assalariado com Carteira de Trabalho assinada  
 Assalariado sem Carteira de Trabalho assinada  
 Servidor Público/ militar  
 Autônomo com previdência Social  
 Autônomo sem previdência Social  
 Não quer/não sabe informar          Outro.Qual? \_\_\_\_\_

24. A família é beneficiária de Programas Sociais?\*  Sim  Não Se sim, qual?

- Bolsa Família     Benefício de Prestação Continuada - BPC     Outro. Qual? \_\_\_\_\_

25. Qual o tipo de moradia da família?\*

- Casa  
 Apartamento  
 Serviço de acolhimento institucional  
 Unidade Materno Infantil em estabelecimento prisional  
 Em situação de rua  
 Outro. Qual? \_\_\_\_\_

26. Qual a situação da moradia da família?\*

- Própria           Cedida  
 Alugada           Ocupação  
 Outra. Qual? \_\_\_\_\_

27. Sobre a moradia, qual o material predominante nas paredes?\*

- Alvenaria  
 Madeira tratada

- Madeira aproveitada
- Taipa
- Palha
- Lona/Plástico
- Outro. Qual? \_\_\_\_\_

28. Quantos cômodos têm no domicílio\*? (incluir banheiro, cozinha, quartos)

- Não se aplica
- 01  02  03  04  05  06  07  08  09  10 ou mais

29. Com relação aos espaços e segurança. Observe e pergunte\*:

- Há espaço para a criança brincar
- Sem espaço para a criança brincar
- Espaço seguro para a criança
- Espaço sem segurança para a criança

30. Qual a forma de abastecimento de água utilizada\*?

- Rede/Pública
- Cisterna
- Cacimba
- Poço ou nascente
- Carro pipa
- Chafariz
- Outra. Qual? \_\_\_\_\_

31. A água para beber é filtrada, fervida ou tratada com algum produto?\*  Sim  Não

32. Neste domicílio existe banheiro ou sanitário?\*  Sim  Não

33. Neste domicílio tem eletricidade?\*  Sim  Não

34. Quais eletrodomésticos/ferramentas de comunicação existentes no domicílio\*?

- Celular
- Fogão a gás
- Jornal impresso
- Celular com acesso à internet
- Televisão
- Computador
- Geladeira
- Rádio
- Computador/tablet com internet
- Outro(s). Qual(is)? \_\_\_\_\_

35. Quais meios de transporte à família utiliza para sair com a(s) criança(s)\*?

- Transporte público
- Moto
- Carro próprio
- Bicicleta
- Nenhum
- Outro. Qual? \_\_\_\_\_

36. Qual o destino do lixo da família\*?

- Coletado  A céu aberto  Queimado  Outro. Qual? \_\_\_\_\_

37. Quantas pessoas moram neste domicílio\*?

- 01  02  03  04  05  06  07  08  09  10 ou mais

38. Qual o número de membros da família por faixa etária\*?

- 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: \_\_\_\_\_

39. Tem alguma gestante no domicílio?* <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
40. Qual o nº de crianças que serão atendidas na visita?*
<input type="radio"/> 01 <input type="radio"/> 02 <input type="radio"/> 03 <input type="radio"/> 04 <input type="radio"/> 05 <input type="radio"/> 06 <input type="radio"/> 07 ou mais
41. A família fala outra língua/idioma?* <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não Se sim, qual(is)? _____
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).
<input type="checkbox"/> Pessoas com deficiências - PCD <input type="checkbox"/> Uso abusivo de álcool <input type="checkbox"/> Uso abusivo de outras drogas <input type="checkbox"/> Pessoa com 16 anos ou + sem trabalhar <input type="checkbox"/> Pessoa cumprindo pena em regime aberto <input type="checkbox"/> Pessoa cumprindo medida socioeducativa <input type="checkbox"/> Mãe com histórico de filho que tenha morrido <input type="checkbox"/> Mãe com histórico de filho nascido morto
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
Se sim, quem (em relação à criança)? (Marque todas que se aplicam)
<input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Irmão/Irmã <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Avô(ó) <input type="checkbox"/> Outro parente. Qual? _____
44. Existem animais domésticos no domicílio?
<input type="checkbox"/> Gatos/Quantos?
<input type="checkbox"/> Cachorro/Quantos?
<input type="checkbox"/> Pássaro/Quantos?
<input type="checkbox"/> Outro(s). Qual(is)? _____
45. 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
46. A família participa de grupos ou atividades comunitárias?* <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
47. Quais os aspectos culturais e religiosos da família?
<input type="checkbox"/> Católico
<input type="checkbox"/> Evangélico
<input type="checkbox"/> Umbandistas
<input type="checkbox"/> Ateu
<input type="checkbox"/> Espírita
Outro. Qual? _____
48. Para cuidar da saúde qual serviço a família busca?*
<input type="checkbox"/> UBS - Unidade Básica de Saúde
<input type="checkbox"/> ESF - Estratégia de Saúde da Família
<input type="checkbox"/> Centro de Saúde
<input type="checkbox"/> UPA - Unidade de Pronto Atendimento
<input type="checkbox"/> Farmácia
<input type="checkbox"/> Hospital
<input type="checkbox"/> SAMU
<input type="checkbox"/> Benzedeira <input type="checkbox"/> Outro(s). Qual(is)? _____
49. A família é atendida pela ESF? <input type="radio"/> Sim. Qual? _____ <input type="radio"/> Não
50. A família recebe visita do(a) Agente Comunitário de Saúde?* <input type="radio"/> Sim. Qual? _____ <input type="radio"/> Não
51. Quais outros serviços acompanham a família?*
<input type="checkbox"/> CAPS - Centro de Atenção Psicossocial
<input type="checkbox"/> SAE - Serviço de Assistência Especializada
<input type="checkbox"/> Centro de referência de Atendimento à Mulher
<input type="checkbox"/> Centro de Convivência de crianças de 0 a 6 anos
<input type="checkbox"/> CREAS - Centro de Referência Especializado de Assistência Social
<input type="checkbox"/> Conselho Tutelar
<input type="checkbox"/> Serviços de Atenção Especializada à Pessoas com deficiências - PCD
<input type="checkbox"/> Centro de Convivência para demais ciclos de vida
<input type="checkbox"/> Nenhum deles

52. Qual CRAS de referência da família\*?

53. Qual a forma de captação da família ao PIM\*?

- Particularizada no CRAS
- Coletiva em grupos no CRAS
- No domicílio, pelo visitador/supervisor/GTM
- Coletiva nas oficinas do PAIF
- Encontro/reunião intersetorial
- Encaminhamento da rede da Saúde
- Encaminhamento da rede da Educação
- Encaminhamento de outros serviços da rede da Assistência Social
- Encaminhamento por órgão do Poder Judiciário
- Através de conhecidos/vizinhos
- Estabelecimento prisional
- Outros. Qual? \_\_\_\_\_

54. Qual a expectativa da família ao participar do PIM\*?

#### INATIVAÇÃO DA FAMÍLIA

Data:

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Motivo:

- Finalização dos atendimentos em razão da criança ter completado 06 anos
- Finalização dos atendimentos em razão da criança ter completado 03 anos
- Mudança de endereço para o mesmo município
- Mudança de endereço para outro município
- Suspensão para aguardar transferência de Visitador
- Desabilitação ou suspensão do programa no município
- Inativa por finalização dos atendimentos de crianças e/ou gestantes
- Ingresso do familiar no mercado de trabalho
- Ingresso da criança na educação infantil
- Desistência do programa
- Óbito da criança e/ou gestante
- Outro. Qual? \_\_\_\_\_