

CARACTERIZAÇÃO DA FAMÍLIA

Legenda:

  Perguntas/alternativas Formulários PIM/PCF

 Perguntas/alternativas somente Formulário PIM

  Perguntas/alternativas somente Formulário PCF

O número das perguntas/alternativas de cada um dos formulários encontra-se ao lado de cada logo específico.

*=Campo de informação obrigatória

O = Campo de seleção única

☐ = Campo de múltipla seleção

PRIMEIRA INFÂNCIA MELHOR/CRIANÇA FELIZ		Família:
CARACTERIZAÇÃO DA FAMÍLIA		Município:
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO		Data:
		1) Nome completo do visitador*:
		(1) Número de Identificação Social - NIS
		(2 PIM/4 PCF) Nome completo do logradouro*:
		(3 PIM; 4 PCF) Número*:
		  (4 PIM/6 PCF): CEP*: _ _ _ _ _ - _ _ _ _
		(5) Nome completo da comunidade*:
		(6 PIM/5 PCF) Nome completo do bairro*:
		Telefone residencial:
		Celular:
		(7) Ponto de Referência:
		(8) Área: () Rural/campo () Urbano () Outros
		(7) Nome completo do entrevistado (não deve ser menor de idade)*:
		(8) Função parental do entrevistado*:
INFORMAÇÕES SOBRE A FAMÍLIA		
		(9) Quem é o responsável pela manutenção econômica da família?* ☐ Pai e mãe ☐ Só o pai ☐ Só a mãe ☐ Outros/Especifique:
		(10) Total da renda familiar*: ☐ 0 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 informado
		(11 PIM/18 PCF) Algum membro da família é beneficiado por programas de transferência de renda/Programas Sociais?* ☐ Não ☐ Sim, Especifique quais:
		(12) Algum membro da família possui plano de saúde privado?* ☐ Sim ☐ Não Nome do plano: Número de pessoas cobertas pelo plano:

	(15) Meios de comunicação social que a família mais utiliza*: ☐ Rádio ☐ Televisão ☐ Jornal ☐ Outros/Especifique:
	(16) Eletrodomésticos/ferramentas de comunicação existentes no domicílio (Resposta com múltipla escolha) ☐ Celular ☐ Geladeira ☐ Televisão ☐ Jornal impresso ☐ Computador/tablete com internet ☐ Celular com acesso à internet ☐ Fogão a gás ☐ Rádio ☐ Computador ☐ Outros:
	(16 PIM/31 PCF) A família participa de grupos comunitários?*
	☐ Sim ☐ Não Especifique:
	(17 PIM/17 PCF) Que meios de transporte a família utiliza para sair com a(s) criança(s)? (Resposta com múltipla escolha)
	☐ Ônibus/transporte público ☐ Caminhão ☐ Carro próprio ☐ Carroça ☐ Bicicleta ☐ Moto
	☐ Outros/Especifique: ☐ nenhum
SITUAÇÃO DE DOMICÍLIO/MORADIA E SANEAMENTO DA FAMÍLIA - OBSERVE E/OU PERGUNTE	
	(22 PIM/9 PCF) Tipo de casa*:
	☐ Tijolo/Adobe/Alvenaria ☐ Madeira tratada ☐ Madeira aproveitada ☐ Taipa revestida
	☐ Taipa não revestida ☐ Outros/Especifique:
	☐ Material aproveitado
	☐ Palha ☐ Lona/Plástico
	(23 PIM/10 PCF) Quantos cômodos têm no domicílio? (incluir banheiro, cozinha, quartos) ____ Cômodos
	
	(11) 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
	
	(24 PIM/15 PCF) Neste domicílio tem eletricidade? O Sim O Não
	
	(25 PIM/12 PCF) Qual a forma de abastecimento de água utilizada? (Resposta com múltipla escolha)
	☐ Rede geral/Pública ☐ Poço ou nascente ☐ Outros/Especifique:
	☐ Cisterna ☐ Carro pipa ☐ Cacimba ☐ Chafariz
	
	(26 PIM/13 PCF) A água para beber é filtrada, fervida ou tratada com algum produto?
	☐ Sim ☐ Não
	Qual tratamento realizado? ☐ Filtração ☐ Cloração ☐ Fervura ☐ Sem tratamento
	
	(27 PIM/14 PCF) Neste domicílio existe banheiro ou sanitário? O Sim O Não
	
	(28) Destino do lixo da família*: ☐ Coletado ☐ Queimado ☐ A céu aberto
	O Outros/Especifique:
	(19) Quantas pessoas moram neste domicílio? ____ Pessoas
	
	(20) A família fala outra língua/idioma? ☐ Sim Qual ☐ Não
	
	(21) Quem é o responsável pelo domicílio? (Utilizar dado do Cadastro Único)
	Nº do celular

☒	(23) Outras pessoas contribuem com a renda da família?() Sim Quem: () Não
☒	(24) Qual(is) a(s) idade(s) da(s) pessoa(s) que mora(m) na casa? **Nº de crianças que serão atendidas na visita: _____ _____ 0 a 3 anos Quantas? _____ _____ 4 a 6 anos Quantas? _____ _____ 7 a 12 anos _____ 13 a 18 anos _____ 19 a 59 anos _____ + 60 anos
☒	(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). () Pessoas com deficiências - PCD () Uso abusivo de álcool () Uso abusivo de outras drogas () Pessoa com 16 anos ou + sem trabalhar () Pessoa privada de liberdade () Pessoa cumprindo pena em regime aberto () Pessoa cumprindo medida socioeducativa () Mãe com histórico de filho que tenha morrido () Mãe com histórico de filho nascido morto
☒	(26) Existem animais domésticos no domicílio? () Gato Quantos? () Cachorro Quantos? () Pássaro Quantos? () Outros
☒	(27) Quem é o principal cuidador da(s) criança(s):
☒	(28) Tem alguma gestante no domicílio? () Sim () Não
☒	(29) Qual melhor horário e dia da semana para receber a VD? Dia da semana: _____ () Manhã () Tarde () Noite
☒	(30) Algum parente da sua família mora aqui no município? () Sim, no mesmo bairro/comunidade () Sim, em outro bairro/comunidade () Não
☒	(32) Aspectos culturais e religiosos da família: () Católico () Evangélico () Outro:
☒	(33) Qual a sua expectativa ao participar do PCF?
ASPECTOS A SEREM OBSERVADOS PELO VISITADOR (sem interrogar a família)	
☒	(18) Situação socioeconômica da família*: O Atende as necessidades básicas da família ☐ Não atende as necessidades básicas da família Justificativa*:
☒	(19) Condições de higiene do ambiente*: ☐ Adequadas ☐ Inadequadas Justificativa*:
☒	(20) Ambiente afetivo das relações familiares*: ☐ Amistoso ☐ Frio ☐ Tenso ☐ Agressivo Justificativa*:
☒	(21) Normas de convivência familiar*: ☐ Respeitosas ☐ Rígidas ☐ Negligenciadas Justificativa*:
ACESSO A SERVIÇOS E PROGRAMAS SOCIAIS	
☒	(13 PIM/34 PCF) Para cuidar da saúde qual serviço a família busca? () Hospital () Centro/Unidade de Saúde () Farmácia () Benzedeira () UBS - Unidade Básica de Saúde () UPA - Unidade de Pronto Atendimento () ESF - Estratégia de Saúde da Família () SAMU () Outro:
☒	(14) CNES:

☒	(35) A família é atendida pela ESF? () Sim Qual () Não
☒	(36) A família recebe visita do Agente Comunitário de Saúde? () Sim Qual () Não
☒	(37) Que outros serviços acompanham a família? () CAPS - Centro de Atenção Psicossocial () SAE - Serviço de Atenção Especializada () CRAS - Centro de Referência de Assistência de Social () Centro de Referência Especializado de Assistência Social () Centro de Convivência de crianças de 0 a 6 anos () Centro de Convivência para demais ciclos de vida () Conselho Tutelar () Outros () Nenhum desses
☒	(38) Forma de acolhida inicial para adesão ao PIM/PCF () Particularizada no CRAS () Coletiva em grupos no CRAS () No domicílio pelo visitador/supervisor () Coletiva nas oficinas do PAIF () Encontro/reunião intersetorial

COMPOSIÇÃO DO GRUPO FAMILIAR

(1) Nome completo do componente* (sem abreviaturas)	(2) NIS	(3) CNS				
(4) Raça/cor*	(5) Função Parental*	(6) Idade*	(7) Grau de instrução*	(8) Ocupação*	(9) Renda	(10) Data inicial da moradia*

Raça/cor: Br = Branco Pr = Preto Pa = Pardo Am = Amarelo In = Indígena

INATIVAÇÃO DA FAMÍLIA

Data:	Motivo: ☐ Finalização dos atendimentos de crianças e gestantes ☐ Saída do Programa Justificativa:
-------	--