

**CADASTRO FAMÍLIA DE ORIGEM/FAMÍLIA EXTENSA/PESSOA
SIGNIFICATIVA**

Data de atendimento: ___/___/____

1. Identificação

Nome: _____

D.N.: ___/___/___ Sexo: () Masculino () Feminino

Raça: _____ Estado Civil: _____

Naturalidade: _____ UF: _____

Tempo em Campinas: _____

RG: _____ CPF: _____

Escolaridade: _____

Profissão: _____

Local de Trabalho: _____

Tempo de trabalho no local: _____

Celular: _____ Telefone comercial: _____

E-mail: _____

Nome: _____

D.N.: ___/___/___ Sexo: () Masculino () Feminino

Raça: _____ Estado Civil: _____

Naturalidade: _____ UF: _____

Tempo em Campinas: _____

RG: _____ CPF: _____

Escolaridade: _____

Profissão: _____

Local de Trabalho: _____

Tempo de trabalho no local: _____

Telefones: _____

E-mail: _____

Tipo de união: _____

Tempo de convivência: _____

Relação com a criança acolhida: () Família de Origem () Família extensa () Pessoa significativa

Especificar: _____

2. Endereço:

Av./Rua: _____

Complemento _____ Bairro: _____

Ponto de ref.: _____ CEP: _____

Região: _____

Tempo de moradia no endereço atual? _____

Telefone: _____

3. Composição Familiar

Nome	Parentesco	Sx	D. N.	Escolaridade	Ocupação

4. Condições de Moradia

() Imóvel próprio () Imóvel Alugado () Cedido () Outro: _____

Tipo de moradia:

() Casa térrea () Sobrado () Apartamento () Outro: _____

A residência fica em área de vulnerabilidade? () Sim () Não

Descrição do imóvel:

5. Renda Familiar

Composição da renda familiar

Nome	Renda Individual

Pensão Alimentícia: _____

Programa de transferência de renda: _____

6. Atendimentos

Em quais os serviços da assistência a família é/foi atendida?

Está inscrita no Cadastro Único? Se sim, qual número de inscrição?

7. Saúde da Família Utiliza () rede pública () particular: _____

Qual é o Centro de Saúde referência da família _____

Alguém da família tem agravo clínico ou psiquiátrico identificado? () Sim () Não

Se sim:

Nome: _____ Diagnóstico: _____

Tratamento em curso? Local? _____ -

Nome: _____ Diagnóstico: _____

Tratamento em curso? Local? _____

Nome: _____ Diagnóstico: _____

Tratamento em curso? Local? _____

8. Educação

A família utiliza: () rede pública () particular

Nome		Ano/Turma	
Escola		Prof/Refer.	
Nome		Ano/Turma	
Escola		Prof/Refer.	
Nome		Ano/Turma	
Escola		Prof/Refer.	
Nome		Ano/Turma	
Escola		Prof/Refer.	

8. Religião/espiritualidade

Professa crença religiosa? _____

Frequenta espaços correlatos? Com que frequência: _____

Local/Bairro: _____

9. Pendências judiciais

Algum familiar tem ou teve algum envolvimento em processo criminal ou ocorrência policial? Especifique.

10. Relacionamento Familiar

O que avaliam o relacionamento e dinâmica de sua família?

11. Convivência comunitária

Quais os grupos sociais com quem a família convive?

12. Motivos do acolhimento

Quais são os motivos que levaram à medida protetiva da criança acolhida?

Observações:

Entrevistado por: