



## INFORMAÇÃO PESSOAL

<b>V - Proteção Social Básica</b>	1. Família atendida pela rede pública socioassistencial? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Quem? _____ Qual unidade _____ Qual Programa/Projeto/Serviço? _____ <div style="text-align: right; background-color: #f4a460; padding: 2px;">IVS PRG/BENEFICIO</div>	2. Família com benefícios previdenciários ou assistenciais (auxílio-doença, auxílio reclusão, salário família, seguro desemprego, BPC, programa sociais de transferência de renda, outros)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Quem? _____ Qual Benefício? _____				
<b>VI - Proteção Social Especial</b>	<p style="text-align: center;"><b>Média Complexidade</b> <input type="checkbox"/></p> <input type="checkbox"/> Uso abusivo de psicoativos <input type="checkbox"/> Situação de rua e/ou abandono e/ou medicação <input type="checkbox"/> Trabalho infantil <input type="checkbox"/> Violência <input type="checkbox"/> Abuso e exploração sexual <input type="checkbox"/> Medidas sócioeducativas em meio semi-aberto (PSC e LA) <input type="checkbox"/> Discriminação em decorrência da orientação sexual, raça e etnia <input type="checkbox"/> Violação de direitos/submissões a situações que provocam danos e agravos a sua condição de vida e os impedem de usufruir autonomia e bem estar	<p style="text-align: center;"><b>Alta Complexidade</b> <input type="checkbox"/></p> <input type="checkbox"/> Sistema penitenciário <input type="checkbox"/> Medidas Socioeducativas restritivas e privativas de liberdade (semiliberdade, intervenção provisória e sentenciada) <input type="checkbox"/> Família ou membro em serviço de acolhimento institucional temporário ou permanente <input type="checkbox"/> Família ou membro em serviço de proteção em situação de calamidade pública e de emergência				
<b>VII - Saúde</b>	1. Pessoa da família com doença crônica? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Tipo de doença: _____ Parentesco: _____	3. Pessoa da família com doença grave e/ou em tratamento médico e/ou com uso de medicação controlada/constante? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Tipo de doença: _____ Parentesco: _____ <div style="text-align: right; background-color: #f4a460; padding: 2px;">IVS SAÚDE</div>	4. Patologias em recuperação / pós-cirúrgico? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Tipo de Doença: _____ Parentesco: _____			
	2. Recursos utilizados pela família no caso de tratamentomédico odontológico? <input type="checkbox"/> SUS <input type="checkbox"/> SISAU <input type="checkbox"/> Rede Particular <input type="checkbox"/> Convênio / Plano de Saúde		5. Familiar sem plano de saúde? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Parentesco: _____			
			6. Ausência de plano de saúde no grupo familiar? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
<b>VIII - Situação Sócio Econômica</b>	Remuneração Total (Bruta): _____ Outras Rendas: _____ Renda Familiar Total: _____ Renda per Capita: _____ Água: _____ Energia: _____ Gás: _____ TV/Internet _____ Pensão _____ Alimentação: _____ Saúde: _____ Educação: _____ Habitação _____ Transporte _____ <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; border-right: 1px solid black; padding: 5px;">                     Financiamento:  <input type="checkbox"/> Automóvel <input type="checkbox"/> Imóvel                      Parcela _____ Parcela _____                 </td> <td style="width: 33%; border-right: 1px solid black; padding: 5px;">                     Empréstimo:                      Motivo _____ Motivo _____                      Parcela _____ Parcela _____                 </td> <td style="width: 33%; padding: 5px;">                     Cartão/Crediciário/Outras Despesas                      Motivo _____ Motivo _____                      Parcela _____ Parcela _____                 </td> </tr> </table> Despesas Mensais: _____ <div style="text-align: right; background-color: #f4a460; padding: 2px;">IVS RENDA</div>			Financiamento: <input type="checkbox"/> Automóvel <input type="checkbox"/> Imóvel Parcela _____ Parcela _____	Empréstimo: Motivo _____ Motivo _____ Parcela _____ Parcela _____	Cartão/Crediciário/Outras Despesas Motivo _____ Motivo _____ Parcela _____ Parcela _____
Financiamento: <input type="checkbox"/> Automóvel <input type="checkbox"/> Imóvel Parcela _____ Parcela _____	Empréstimo: Motivo _____ Motivo _____ Parcela _____ Parcela _____	Cartão/Crediciário/Outras Despesas Motivo _____ Motivo _____ Parcela _____ Parcela _____				

São José dos Campos, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Responsável pelas informações  
Assinatura do usuário

\_\_\_\_\_  
Assistente Social