



## ENCAMINHAMENTO UNIFICADO

DE ENTIDADE / ÓRGÃO

RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO:

PARA ENTIDADE / PROGRAMA

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

### 01 - IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA / ADOLESCENTE

PROCESSO Nº:

NOME:

DATA DE NASCIMENTO:

SEXO:

FEMININO

MASCULINO

FILIAÇÃO: MÃE:

PAI:

ENDEREÇO OU PROCEDÊNCIA:

BAIRRO:

CIDADE:

CEP:

PONTO DE REFERÊNCIA:

TELEFONE PARA CONTATO:

ESCOLARIDADE:

COLÉGIO:

DOCUMENTOS ENCAMINHADOS:

### 02 - SITUAÇÃO DE SAÚDE

TEM PROBLEMA DE SAÚDE?

QUAL?

SIM

NÃO

FAZ ALGUM TRATAMENTO?

QUAL?

SIM

NÃO

ONDE?

TOMA ALGUM MEDICAMENTO?

QUAL?

SIM

NÃO

FAZ USO DE DROGAS?

QUAL?

SIM

NÃO

É ALÉRGICO?

TIPO

SIM

NÃO

É AMAMENTADO?

SIM

NÃO

TEM CARTEIRA DE VACINAÇÃO?

SIM

NÃO

RECOMENDAÇÕES:

**03 - RESUMO DO HISTÓRICO DA DINÂMICA FAMILIAR**



06 - MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO

Horizontal lines for writing the reason for referral.

07 - AVALIAÇÃO DO PERÍODO DE PERMANÊNCIA NO ABRIGO

Horizontal lines for evaluating the stay in the shelter.

08 - OBSERVAÇÕES

Horizontal lines for making observations.

RECEBIDO EM:

POR:

Campinas, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

ASSINATURA: