

**APAE**

Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de São Mateus  
CAEE – Centro de Atendimento Educacional Especializado  
"Lizete Conde Rios Cavalcante"

E-mail: [assistenciasocial.saomateus@apaees.org.br](mailto:assistenciasocial.saomateus@apaees.org.br) – Telefax: 27-3763-1988

**6 DETALHAMENTO DE RECEITA ANUAL – OUTRAS FONTES DE RECURSOS**

NOME	VALOR R\$	ENTRADAS	DESPESAS
Prefeitura (FNAS/FMAS) Termo de Colaboração nº 002/2018 Vigência 07/2018 a 07/2019	R\$ 275.659,00 sendo 5 parcelas de R\$ 55.131,80	Recurso recebido em conta ano: 2018 R\$ 165.395,40	Material de consumo; água; telefone; internet; serviços de terceiros pessoa física e jurídica.
Sedu Serviço /caee Contrato 081/2014 Vigência 2014/2019	R\$ 325,77 por aluno incluído	Recurso recebido em conta ano: 2018 R\$ 255.403,69	Pagamento de pessoal; material de consumo; serviços de terceiros (pessoa física/jurídica) e material permanente.
Telemarketing	Mensal variável	Recurso recebido em conta ano: 2018 R\$ 54.676,01	Utilização livre
Governo do Estado do ES/Emenda Parlamentar Termo de Fomento nº9004/2018 Vigência julho/2018 a 30/06/2019	Parcela única R\$ 49.684,49	Recurso recebido em conta ano de 2018 R\$ 49.684,16	Custeio (Pessoal e alimentação)
Doações pessoa física – sócios Contribuintes e outros	Anual variável	Recurso recebido ano: 2018 R\$ 17.883,05	Utilização livre
Convênio – Tribunal/Justiça 2ª Vara Criminal Vigência 2018/2019	Parcela única R\$ 25.000,00 11/2018	Recurso recebido em conta ano: 2018 R\$ 25.000,00	Material consumo; pagamento de 01 fonoaudióloga

**7 PREVISÃO DE RECEITA ANUAL – OUTRAS FONTES DE RECURSOS**

FONTES RECURSOS ANO 2018	VALOR ( 12 MESES)	DESPESAS
<b>Telemarketing</b> <b>OBS:</b> Como informado no plano anterior sobre o fim desse recurso, ainda estamos recebendo mais o valor reduziu e muito, com a informação da FEAPAES que a qualquer momento podemos ficar sem este recurso.	R\$ 33.600,00	Pagamento de pessoal; material de consumo; serviços de terceiros pf e pj e material permanente
<b>SEDU</b>		

*Assinatura*



## APAE

Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de São Mateus  
CAEE – Centro de Atendimento Educacional Especializado  
"Lizete Conde Rios Cavalcante"

E-mail: [assistenciasocial.saomateus@apaees.org.br](mailto:assistenciasocial.saomateus@apaees.org.br) – Telefax: 27-3763-1988

<b>OBS: ESPECÍFICO PARA O PÚBLICO DE ESCOLARIZAÇÃO – AEE</b> Atendimento Educacional Especializado	R\$ 269.737,56	Pagamento de pessoal; material de consumo; serviços de terceiros pf e pj e material permanente	
---	----------------	--	--

*Handwritten signature in blue ink.*

**APAE**

Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de São Mateus  
CAEE – Centro de Atendimento Educacional Especializado  
"Lizete Conde Rios Cavalcante"

E-mail: [assistenciasocial.saomateus@apaees.org.br](mailto:assistenciasocial.saomateus@apaees.org.br) – Telefax: 27-3763-1988

**8 IDENTIFICAÇÃO DO COORDENADOR – PLANO DE TRABALHO**

**Nome completo:** Josenita Jorge dos Santos

**Formação:** Administração

**Telefone:** (27) 99524-5348

**Email de contato:** [assistenciasocial.saomateus@apaees.org.br](mailto:assistenciasocial.saomateus@apaees.org.br)

**Nome do Representante Legal:** Rosivaldo Maurício Lima

**9. DECLARAÇÃO DA PROPONENTE**

Na qualidade de representante legal da **Organização da Sociedade Civil – OSC**, declaro para fins de prova junto a **Secretaria Municipal de Assistência Social – SEMAS**, para os efeitos e sob as penas da Lei, que inexistente qualquer débito em mora ou situação de inadimplência com o Tesouro Municipal ou qualquer órgão ou entidade da Administração Pública Municipal, que impeça a realização deste termo ou qualquer instrumento legal com o Estado do Espírito Santo, na forma deste plano de trabalho.

Pede e espera deferimento.

São Mateus-ES, 18 de Junho de 2019.

  
\_\_\_\_\_  
**Rosivaldo Mauricio Lima**

Presidente

**11 APROVAÇÃO PELA CONCEDENTE**

**APROVADO.**

São Mateus (ES) \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019.



APAE

Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de São Mateus  
CAEE – Centro de Atendimento Educacional Especializado  
“Lizete Conde Rios Cavalcante”

E-mail: [assistenciasocial.saomateus@apaees.org.br](mailto:assistenciasocial.saomateus@apaees.org.br) – Telefax: 27-3763-1988

## ANEXO I

# PLANILHA ORÇAMENTÁRIA



Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de São Mateus  
 CAEE – Centro de Atendimento Educacional Especializado  
 "Lizete Conde Rios Cavalcante"  
 Tele fax: (27) 3763-1988 e-mail: apaesaomateus@ig.com.br

ANEXO I - PLANILHA ORÇAMENTÁRIA

NATUREZA DO MOVIMENTO	MÊS JULHO/2020	MÊS AGOSTO/19	MÊS SETEMBRO/19	MÊS OUTUBRO/19	MÊS NOVEMBRO/19	MÊS DEZEMBRO/19	MÊS JANEIRO/19	MÊS FEVEREIRO/19	MÊS MARÇO/19	MÊS ABRIL/19	MÊS MAIO/19	MÊS JUNHO/19	VALOR TOTAL
PESSOAL E ENCARGOS	MOTORISTA	R\$ 1.887,31	R\$ 1.887,31	R\$ 1.887,31	R\$ 1.887,31	R\$ 1.887,31	R\$ 1.887,31	R\$ 1.887,31	R\$ 1.887,31	R\$ 1.887,31	R\$ 1.887,31	R\$ 1.887,31	R\$ 22.647,72
	PSICOMOTRICIDADE	R\$ 1.539,26	R\$ 1.539,26	R\$ 1.539,26	R\$ 1.539,26	R\$ 1.539,26	R\$ 1.539,26	R\$ 1.539,26	R\$ 1.539,26	R\$ 1.539,26	R\$ 1.539,26	R\$ 1.539,26	R\$ 18.471,12
	PSICOLOGO	R\$ 4.534,22	R\$ 4.534,22	R\$ 4.534,22	R\$ 4.534,22	R\$ 4.534,22	R\$ 4.534,22	R\$ 4.534,22	R\$ 4.534,22	R\$ 4.534,22	R\$ 4.534,22	R\$ 4.534,22	R\$ 54.410,64
	INST. MUSICA	R\$ 1.109,81	R\$ 1.109,81	R\$ 1.109,81	R\$ 1.109,81	R\$ 1.109,81	R\$ 1.109,81	R\$ 1.109,81	R\$ 1.109,81	R\$ 1.109,81	R\$ 1.109,81	R\$ 1.109,81	R\$ 13.317,72
	INST. INFORMATICA	R\$ 1.539,26	R\$ 1.539,26	R\$ 1.539,26	R\$ 1.539,26	R\$ 1.539,26	R\$ 1.539,26	R\$ 1.539,26	R\$ 1.539,26	R\$ 1.539,26	R\$ 1.539,26	R\$ 1.539,26	R\$ 18.471,12
	INST. ARTES	R\$ 1.477,68	R\$ 1.477,68	R\$ 1.477,68	R\$ 1.477,68	R\$ 1.477,68	R\$ 1.477,68	R\$ 1.477,68	R\$ 1.477,68	R\$ 1.477,68	R\$ 1.477,68	R\$ 1.477,68	R\$ 17.732,16
	COORDENADOR	R\$ 4.972,22	R\$ 4.972,22	R\$ 4.972,22	R\$ 4.972,22	R\$ 4.972,22	R\$ 4.972,22	R\$ 4.972,22	R\$ 4.972,22	R\$ 4.972,22	R\$ 4.972,22	R\$ 4.972,22	R\$ 59.666,64
	CUIDADOR	R\$ 1.417,79	R\$ 1.417,79	R\$ 1.417,79	R\$ 1.417,79	R\$ 1.417,79	R\$ 1.417,79	R\$ 1.417,79	R\$ 1.417,79	R\$ 1.417,79	R\$ 1.417,79	R\$ 1.417,79	R\$ 17.013,48
	ASSIST SOCIAL	R\$ 3.115,90	R\$ 3.115,90	R\$ 3.115,90	R\$ 3.115,90	R\$ 3.115,90	R\$ 3.115,90	R\$ 3.115,90	R\$ 3.115,90	R\$ 3.115,90	R\$ 3.115,90	R\$ 3.115,90	R\$ 37.390,80
	GENERO ALIMENTICIO	R\$ 1.108,21	R\$ 1.108,21	R\$ 1.108,21	R\$ 1.108,21	R\$ 1.108,21	R\$ 1.108,21	R\$ 1.108,21	R\$ 1.108,21	R\$ 1.108,21	R\$ 1.108,21	R\$ 1.108,21	R\$ 13.298,59
SOMATORIA	R\$ 22.701,66	R\$ 22.701,66	R\$ 22.701,66	R\$ 22.701,66	R\$ 22.701,66	R\$ 22.701,66	R\$ 22.701,66	R\$ 22.701,66	R\$ 22.701,66	R\$ 22.701,66	R\$ 22.701,66	R\$ 272.419,99	
PROVISIONAMENTO	ACORDO COLETIVO DA CONVENÇÃO REAJUSTE PREVISTO PARA SALÁRIO - (PREVIONAMENTO) EM 5% A PARTIR DE MAIO/2020												R\$ 3.239,01
													R\$ 275.659,00

TOTAL DE SALÁRIOS /ENCARGOS:	259.121,40
PROVISIONAMENTO :	3.239,01
ALIMENTAÇÃO:	13.298,59
	<b>275.659,00</b>

*A. Mourão*



APAE

Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de São Mateus  
CAEE – Centro de Atendimento Educacional Especializado  
"Lizete Conde Rios Cavalcante"

E-mail: [assistenciasocial.saomateus@apaees.org.br](mailto:assistenciasocial.saomateus@apaees.org.br) – Telefax: 27-3763-1988

## ANEXO II

## PLANILHA RH

*Assinatura*



## APAE

Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de São Mateus  
CAEE – Centro de Atendimento Educacional Especializado  
"Lizete Conde Rios Cavalcante"

E-mail: [assistenciasocial.saomateus@apaees.org.br](mailto:assistenciasocial.saomateus@apaees.org.br) – Telefax: 27-3763-1988

### ANEXO II

Profissional	Regime de Contratação	Carga Horária	Dias e horário de Trabalho	Vencimento
Coordenador (profissional de nível superior)	CLT	40h	<b>Segunda a Sexta: 08 às 17 h</b>	R\$ 3.500,00
Assistente Social	CLT	30 h	<b>Segundas: 13:00 às 17h</b> <b>Terças: 07 às 12h e 13:00 às 17h</b> <b>Quartas: 07 às 12h e 13:00 às 17h</b> <b>Quintas: 13:00 às 17h</b> <b>Sextas: 07 às 11h</b>	R\$ 2.236,90
Psicólogo	CLT	36h	<b>Segundas: 07 às 11:00 e 13:00 às 17h</b> <b>Terças: 07 às 11:00 e 13:00 às 17h</b> <b>Quartas: 07 às 11:00 e 13:00 às 17h</b> <b>Quintas: 07 às 11:00 e 13:00 às 17h</b> <b>Sextas: 07 às 11h</b>	R\$ 3.255,52
Educador Social Música	CLT	16 h	<b>Segundas, Quartas e Quintas</b> no horário de 13 às 17 horas e <b>Terças feiras</b> de 07 às 11 horas.	R\$ 789,09
Educador Social (Informática)	CLT	20h	<b>Segundas, Quartas e Quintas:</b> Horário 07 às 11h e <b>terça feira</b> de 07 às 11 horas e 13 às 17 horas.	R\$ 1.105,17
Educador Social (Artes)	CLT	16h	<b>Segundas e Quartas</b> integral (07 às 11 e 13 às 17h).	R\$ 1.060,96
Educador Social (Psicomotricidade)	CLT	20h	<b>Segundas, Quartas e Quintas:</b> Horário 07 às 11h e <b>terça feira</b> de 07 às 11 horas e 13 às 17 horas.	R\$ 1.105,17
Motorista	CLT	40h	<b>Segunda a Sexta: 08 às 17 h</b>	R\$ 1.105,17
Cuidadora	CLT	40h	<b>Segunda a Sexta: 08 às 17 h</b>	R\$ 1.099,28

Sede: Rua Coronel Constantino Cunha, 2127 - Cep: 29930-000 - São Mateus - Esp. Santo - Tel.: (27) 3763-1988 / 3763-3691 Fundada em 12/05/1984 - Registrada sob nº 693 no livro AL Inicial do Registro Civil de Pessoas Jurídicas Registro na Federação Nacional das APAEs sob nº 512 - Utilidade Pública Municipal, Lei nº31/84 de 10/12/1984 CNPJ 27.559.418/0001-90 / RCNAS - 23015000494/90-25 - Utilidade Pública Estadual, Lei nº 4.828 de 12/11/1993.

*Lizete Rios*



## APAE

Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de São Mateus  
CAEE – Centro de Atendimento Educacional Especializado  
"Lizete Conde Rios Cavalcante"

E-mail: [assistenciasocial.saomateus@apaees.org.br](mailto:assistenciasocial.saomateus@apaees.org.br) – Telefax: 27-3763-1988

## ANEXO III

## INSTRUMENTOS DE TRABALHO





APAE - ES  
São Mateus

### REGISTRO DE ATENDIMENTO DIÁRIO E AVALIAÇÃO DO USUÁRIO

Relatos sobre procedimentos referentes ao usuário em relação ao atendimento individual/grupo, estudo de caso, contato com a rede, encaminhamentos e visitas domiciliares e propostas adotadas pela equipe com usuário/responsável.

DATA	PROFISSIONAL	EVOLUÇÃO DO ATENDIMENTO

Assinatura e Carimbo





APAE - ES  
São Mateus

## PLANO INDIVIDUAL DE ATENDIMENTO – PIA

PLANO Nº:

Técnico de Referência:

Nome do Profissional:

Nº CRESS/CRP:

Data de Elaboração:

Data de Finalização:

DATA PARA  
REAValiação:

Objetivo do Acompanhamento:

### 1. Identificação do usuário

Nome:

Tipo de deficiência:

Data de Nascimento:

Nº SUS:

CID:

Naturalidade:

Nº NIS:

Sexo: Fem. ( ) Mas. ( )

BPC: Sim ( ) Não ( )

BF: Sim ( ) Não ( )

Nome do Pai:

Nome da Mãe:

### 2. Identificação do Responsável

Nome:

CPF:

RG:

Órgão Expedidor:

Data Expedição:

Filiação

UF:

Pai: _____		Possui: Tutela: ( ) Curatela: ( )
Mãe: _____		
Endereço:		Nº/Complemento:
Bairro:	Cidade:	Estado:
Ponto de Referência:		Telefone:

AÇÕES ESTRATÉGICAS A DESENVOLVER	ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO		PRAZO
	APAE	FAMÍLIA	

<b>RESULTADOS OBTIDOS:</b>			

Assinatura do Responsável Familiar

\_\_\_\_\_

Assinatura/Carimbo do Técnico Responsável

\_\_\_\_\_



APAE - ES  
São Mateus

## PESQUISA DE SATISFAÇÃO

### Identificação

Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_  
Nome: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

#### 1. Como avalia o espaço físico da APAE

(banheiros, salas, salas de espera, refeitório, quadra, acesso, etc.).

( ) RUIM ( ) REGULAR ( ) BOM ( ) ÓTIMO

Sendo RUIM ou REGULAR, dê sugestões para melhorias:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### 1. Como avalia o atendimento na Secretaria da APAE

( ) RUIM ( ) REGULAR ( ) BOM ( ) ÓTIMO

Sendo RUIM ou REGULAR, dê sugestões para melhorias:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### 2. Como avalia as oficinas ofertadas no Centro de Assistência Social

( ) RUIM ( ) REGULAR ( ) BOM ( ) ÓTIMO

Sendo RUIM ou REGULAR, dê sugestões para melhorias:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### 3. Como avalia os profissionais que atendem no Centro de Assistência Social

Assistente Social	( ) RUIM ( ) REGULAR ( ) BOM ( ) ÓTIMO ( ) NÃO CONHEÇO
-------------------	---

Psicólogo	( ) RUIM ( ) REGULAR ( ) BOM ( ) ÓTIMO ( ) NÃO CONHEÇO
-----------	---

Terapeuta Ocupacional	( ) RUIM ( ) REGULAR ( ) BOM ( ) ÓTIMO ( ) NÃO CONHEÇO
-----------------------	---

Educador/Orientador Social	( ) RUIM ( ) REGULAR ( ) BOM ( ) ÓTIMO ( ) NÃO CONHEÇO
----------------------------	---

Cuidador	( ) RUIM ( ) REGULAR ( ) BOM ( ) ÓTIMO ( ) NÃO CONHEÇO
----------	---

Observações:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**4. Você participa de eventos fora da APAE**

(congressos, reuniões, festas, audiência na Assembléia Legislativa, Câmara de Vereadores, Romaria, e outros).

( ) SIM ( ) NÃO

Se SIM, quais? \_\_\_\_\_

Se NÃO, por quê? \_\_\_\_\_

**5. Como avalia as comemorações e festas que são realizadas pela APAE**

( ) RUIM ( ) REGULAR ( ) BOM ( ) ÓTIMO

Se RUIM ou REGULAR, dê sugestões para melhorias:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**6. Você é sócio contribuinte, tem um carnê da APAE? Há quanto tempo?**

( ) SIM ( ) NÃO ( ) Não conheço ( ) Tenho interesse em contribuir

Observações: \_\_\_\_\_

**7. Você percebeu melhora na convivência ou no comportamento do seu filho (a) após o início do atendimento no Centro de Assistência Social**

( ) POUCO ( ) REGULAR ( ) MUITO

Observações: \_\_\_\_\_

**8. O Centro de Assistência Social realiza reuniões de pais ou responsáveis, você participa.**

( ) DE TODAS ( ) ÀS VEZES ( ) NUNCA

Se ÀS VEZES, OU NUNCA, qual o motivo? \_\_\_\_\_

**9. No geral como avalia o atendimento da APAE**

( ) RUIM ( ) REGULAR ( ) BOM ( ) ÓTIMO

Caso a resposta seja RUIM ou REGULAR, dê sugestões para melhorias: \_\_\_\_\_

**10. Como avalia a limpeza, higiene e organização da APAE.**

( ) RUIM ( ) REGULAR ( ) BOM ( ) ÓTIMO

Observações: \_\_\_\_\_

**11. Existe alguma questão que não foi colocada no questionário e que gostaria de sugerir, elogiar ou reclamar.**

Descreva:



PLANO Nº:

## PLANO DE ACOMPANHAMENTO FAMILIAR - PAF

Técnico de Referência:	Nome do Profissional:	Nº CRESS/CRP:
Data de Elaboração:	Data de Finalização:	Data para Reavaliação:

Objetivo do Acompanhamento:

## 1. Identificação do Usuário

Data de nascimento:	Nº SUS:	CID:
Naturalidade:	Nº NIS:	Sexo: Fem. ( ) Mas. ( )
BPC: Sim ( ) Não ( )	BF: Sim ( ) Não ( )	
Nome do Pai:		
Nome da Mãe:		

## 2. Identificação do Responsável

Nome:		
Tutela: ( ) Curatela: ( )	RG:	Órgão Expedidor:
Filiação:		CPF:
Endereço:		Nº:
Bairro:	Cidade:	Estado:
Ponto de referência:		Telefone:

AÇÕES ESTRATÉGICAS A DESENVOLVER	ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO		PRAZO
	APAE	FAMÍLIA	




RESULTADOS OBTIDOS:

Empty space for reporting results.

Assinatura/carimbo do Técnico Responsável:

\_\_\_\_\_

Assinatura do Responsável Familiar:

\_\_\_\_\_



APAE - ES  
São Mateus

## FORMULÁRIO DE ENCAMINHAMENTO

### REDE DE ATENDIMENTO

CRAS

Local: \_\_\_\_\_

CREAS

Local: **Centro**

CAPS

Local: \_\_\_\_\_

CAPSI

Local: \_\_\_\_\_

UNIDADE DE SAÚDE

Local: \_\_\_\_\_

MINISTÉRIO PÚBLICO/Promotoria: \_\_\_\_\_

DEFENSORIA PÚBLICA: \_\_\_\_\_

OUTROS:

Nome do usuário:

NIS:

Data de Nascimento:

Nome do Responsável:

NIS:

Endereço:

Referência:

Telefone para contato:

### Programa/Serviço Socioassistencial que a Família Utiliza:

Programa de Atenção Integral a Família – PAIF

Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos – PAEF

Programa de Erradicação do Trabalho Infantil – PETI

Programa Bolsa família - PBF

Benefício de Prestação Continuada – BPC

Medida Sócio Educativa – MSE

Abordagem Social

### Situação de Vulnerabilidade/Risco que se encontra:

Trabalho infantil

Violência física

Em situação de isolamento

Fora da escola/defasagem escolar superior a 2 anos

Violência psicológica

Em situação de acolhimento

	Criança/adolescente em situação de rua		Egresso de medida socioeducativa
	Em cumprimento de MSE em meio aberto		Negligência
	Com medida de proteção do ECRIAD		Pessoa com deficiência
	Abuso sexual		Outros

**BreveHistóricoda Situação/Observações:**

São Mateus/ES \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura e Carimbo

\_\_\_\_\_  
Assinatura e Carimbo



## CADASTRO DA SITUAÇÃO FAMILIAR

PROFISSIONAL: \_\_\_\_\_ NOME: \_\_\_\_\_  
SETOR: \_\_\_\_\_ Nº REGISTRO PROFISSIONAL: \_\_\_\_\_  
DATA: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### I. Identificação do usuário

Nome: \_\_\_\_\_  
Data de Nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) F ( ) M  
Mãe: \_\_\_\_\_  
Pai: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_  
Tel.: \_\_\_\_\_ Cel.: \_\_\_\_\_  
Ponto de referência: \_\_\_\_\_  
Hipótese Diagnóstica: \_\_\_\_\_  
Foi atendido anteriormente? ( ) sim ( ) não  
Onde? \_\_\_\_\_

### II. Dados do Responsável

Nome: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
Tel.: ( ) \_\_\_\_\_ Cel.: ( ) \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_  
Órgão Exp.: \_\_\_\_\_ Data de Expedição: \_\_\_\_\_  
Nome do Pai: \_\_\_\_\_  
Nome da Mãe: \_\_\_\_\_

### III. Escolaridade do usuário

Frequenta escola regular/EJA/ creche: ( ) SIM ( ) NÃO  
Nome da Instituição: \_\_\_\_\_  
Turno: ( ) MATUTINO ( ) VESPERTINO ( ) NOTURNO Série: \_\_\_\_\_  
Encaminhado por (Cras/Creas/outros): \_\_\_\_\_  
Observações: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### IV. Documentos do usuário

- ( ) CPF Nº: \_\_\_\_\_
- ( ) Carteira de Identidade Nº: \_\_\_\_\_ Data de Expedição: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- ( ) Certificado de Reservista Nº: \_\_\_\_\_
- ( ) Carteira de Trabalho Nº \_\_\_\_\_
- ( ) Título de Eleitor Nº: \_\_\_\_\_ Zona: \_\_\_\_\_

#### IV. Situação Socioeconômica

##### Possui Benefícios?

Tipo	Sim	Não	Número
Bolsa Família			
Passe Livre			
BPC			
SUS			

##### Possui Despesa Mensal?

Tipo	Valor R\$	Não tem
Energia Elétrica		
Água e Esgoto		
Gás, Carvão e lenha.		
Alimentação, higiene e limpeza.		
Transporte		
Aluguel		
Medicamento de uso regular		
Plano de Saúde		

##### Como é sua moradia?

Tipo	Quantidade e Descrição
Condição do Imóvel (próprio, aluguel, etc.)	
Quanto cômodo tem	
Possui Banheiro	
Material preponderante (tábua, alvenaria, etc.)	
Que tipo de Abastecimento de Água (poço, encanada, etc.)	
Há coleta de lixo	
Que tipo de iluminação é utilizado (elétrica, querosene, etc.)	

#### VI. Situação de Saúde

Faz uso de medicamentos controlados ( ) Sim ( ) Não	Qual?
Qual o motivo do uso?	Qual a dosagem?
Qual a data da última consulta médica?	Nome do Médico:

Este Médico atende ( ) SUS ( ) Particular		Telefone do Médico:			
Tem caso de alcoolismo ou uso de droga na família? Quem?					
<b>VII. Situação Familiar</b>					
Estado Civil dos Pais:			Com quem o usuário reside?		
Quem é o responsável pelo sustento da família?			Observações:		
<b>Composição Familiar</b>					
Nome	Parentesco	Idade	Profissão	Renda	NIS
<b>Há irmãos assistidos na rede socioassistencial? ( ) sim ( ) não</b> (CRAS, CREAS, CAPSI, etc.). Sendo sim, informe nome e idade:					
<b>Nome</b>				<b>Idade</b>	
<b>Quais instituições e, ou serviços prestaram ou estão prestando atendimento e orientação ao atendido ou grupo familiar? (identificar o serviço e técnico de referência)</b>					
( ) Conselho Tutelar. Qual?					
( ) Centro de Referência de Assistência Social (CRAS). Qual?					
( ) Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS). Qual?					
( ) Programas de Transferência de renda. Qual programa? Valor transferido?					
( ) Projetos, programas e serviços da Proteção Social Básica (CAJUN, CRJ, etc.).					
( ) Programa de Proteção a Criança e Adolescente Ameaçados de Morte (PPCAAM).					
( ) Outros serviços de apoio sócio familiar					
( ) Vara da Infância e da Juventude					
( ) Ministério Público/Promotoria da Infância e da Juventude					

Entidades religiosas. Qual?

Serviços de Saúde. Qual?

Centros de educação infantil. Qual?

Centros de ensino fundamental e médio. Qual?

Outros:

**Informar os serviços que tiveram papel relevante na melhoria da qualidade de vida do usuário e familiar/responsáveis:**

**O usuário participa de atividades de esporte, cultura e lazer?**

Sim. Quais: \_\_\_\_\_

Onde? \_\_\_\_\_

Não. Por quê? \_\_\_\_\_

**Como é o relacionamento do usuário com a família? Com quem ele (a) se relaciona melhor?**

**Qual a situação atual do usuário?**

(parecer do profissional sobre o observado na entrevista)



APAE  
Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de São Mateus  
CAEE – Centro de Atendimento Educacional Especializado  
“Lizete Conde Rios Cavalcante”  
E-mail: [assistenciasocial.saomateus@apaees.org.br](mailto:assistenciasocial.saomateus@apaees.org.br) – Telefax: 27-3763-  
1988

## ANEXO IV

# INSTRUMENTOS DE TRABALHO





APAE - ES  
São Mateus

Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de São Mateus  
CAEE – Centro de Atendimento Educacional Especializado  
"Lizete Conde Rios Cavalcante"

Tele-fax: (27) 3763-1988 e-mail: [assistenciasocial.saomateus@apaees.org.com](mailto:assistenciasocial.saomateus@apaees.org.com)

TERMO DE COLABORAÇÃO 002/2018

## RELATÓRIO DE ATIVIDADES

**Oficina:**

**Mês de Referência:**

**Público:**

**Horário e dia da semana que acontece a oficina:**

**Local:**

**Recursos Utilizados:**

**Objetivos:**

**Técnico Envolvido:**

**Atividades desenvolvidas:**

**Anexos:**

**São Mateus, ..... de .....de 2019.**

