

SERVIÇO DE PROTEÇÃO SOCIAL BÁSICA NO DOMICÍLIO PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA E IDOSAS

PLANO DE DESENVOLVIMENTO DO USUÁRIO – PDU

DATA: ____/____/____.

CRAS/Unidade de Referenciamento: _____

1. IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO:

() Pessoa com deficiência (Qual?): _____

() Pessoa Idosa

Nome: _____

NIS: _____ Sexo: () M () F Data de nasc: ____/____/____

Endereço: _____ Nº: _____

Complemento: _____ Bairro: _____

Município: _____ UF: _____ Telefones: _____

Filiação: Mãe: _____ Pai: _____

Grau de Escolaridade: _____ Estudando () Não () Sim _____

2. PERFIL DO USUÁRIO:

() Mora sozinho. Motivo: _____ Desde de quando: _____

() Composição familiar:

NOME	PARENTESCO	DT. NASC.	RG	CPF	OCUPAÇÃO	RENDA

Observações: _____

3. PROGRAMAS QUE A FAMÍLIA ESTÁ INCLUSA:

- () BPC () PBF () Cartão Comida Boa
- () TARIFA SOCIAL () Água () Luz
- () Leite das Crianças
- () BENEFÍCIOS EVENTUAIS _____
- () Outros: _____

4: DESCRIÇÃO DE ROTINAS:

Atividade diária:

Atividades que considera prazerosas, que realiza ou realizava:

5. IDENTIFICAÇÃO DAS POTENCIALIDADES:

6. IDENTIFICAÇÃO DAS VULNERABILIDADES:

7. ANALISE DIAGNÓSTICA:

8. PLANO DE INTERVENÇÃO:

Inclusão nos serviços de:

Inclusão nos programas:

PLANO DE ACOMPANHAMENTO

Data ____/____/____ a ____/____/____.

Atividade desenvolvida:

Resultados alcançados:

Novas avaliações programadas:

Ações solicitadas pelo usuário:

ASSINATURA DO TERMO DE COMPROMISSO

Usuário e/ou responsável legal: _____

Técnico de referência: _____