

# FICHA DE ATENDIMENTO AO CLIENTE DE BPC LOAS PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Atendimento realizado por: \_MARCOS AURÉLIO\_ Data do atendimento: \_27 / \_07 / \_2023\_

## DADOS PESSOAIS DO REQUERENTE

Nome: [REDACTED]

Contato 1: [REDACTED] Contato 2: \_\_\_\_\_

Idade: 7 ANOS Gênero: MASCULINO

RG: \_\_\_\_\_ SSP/SE CPF: \_\_\_\_\_

Estado Civil: Grau de escolaridade: \_\_\_\_\_

Profissão: ESTUDANTE

Residência (endereço completo): IPIRANGA - SÃO PAULO

---

## Dados do Representante Legal (se houver):

Nome: [REDACTED]

RG: [REDACTED]

Já deu entrada administrativa?

- Sim**  
 Não

Tem indeferimento administrativo?

- Sim**  
 Não

Senha Meu INSS:

[REDACTED]

## CADASTRO ÚNICO

Tem inscrição no Cadastro Único?

- Sim**
- Não

Precisa atualizar o Cad Único?

- Sim
- Não**

Observação

--

### DADOS SOCIOECONÔMICOS

#### COMPOSIÇÃO FAMILIAR

Nome do integrante	Grau de parentesco
	<b>FILHO / REQUERENTE</b>
	<b>GENITORA</b>

Todos os familiares elencados acima moram debaixo do mesmo teto?

- Sim**
- Não

**TOTAL DE COMPONENTES DO GRUPO FAMILIAR:**   2  

**RENDA DO GRUPO FAMILIAR**

Integrante do grupo familiar	Tipo de Renda	Valor
	<b>TRABALHO</b>	R\$ 700,00
	<b>PENSÃO ALIMENTÍCIA</b>	R\$ 200,00
	<b>CONVÊNIO / PLANO</b>	R\$ 176,00
		R\$

NÃO TEM BOLSA FAMÍLIA E OS VALORES DECLARADOS PARA MIM, FOI ANTES DA ENTREVISTA DO CADASTRO ÚNICO TOTAL = R\$ 0

RENDA MENSAL FAMILIAR PER CAPITA = 0

#### DESPESAS

Água	R\$ 150,00
Luz	R\$ 150,00
Moradia (aluguel)	R\$
Gás	R\$ 125,00
Alimentação	R\$ 1.000,00
Medicamentos	180,00
Fralda	
Consultas/Tratamentos de saúde	

#### CONDIÇÕES DE MORADIA

3 COMODOS- ALVENARIA

COISAS BÁSICAS

## CONDIÇÃO DE SAÚDE

Qual é o problema de saúde ou transtorno?

**F 84.0 – AUTISMO**  
**F 70 -**

Nasceu com o problema ou adquiriu depois do nascimento?

**DESDE A IDADE DE 1 ANO E 6 MESES –**  
**DIAGNÓSTICO – MARÇO 2023**

Quando descobriu o problema?

Teve tratamento e acompanhamento desde a descoberta do problema de saúde?

**ACOMPANHAMENTO**

**NEURO**  
**PSICOLOGO**  
**NUTRICIONISTA**  
**TERAPIA OCUPACIONAL**  
**PEDIATRA**

Tem algum outro problema de saúde associado?

**NÃO**

Faz tratamento e acompanhamento atualmente?

**SIM.**

Tem algum acompanhamento além do citado acima?

**NÃO**

Quais profissionais o acompanham nesses tratamentos?

**PSICOPEDAGOGO -**

Faz uso de medicamentos contínuos? Quais?

**SIM,**

Possui laudos e exames que comprovem a condição de saúde relatada?

**SIM**

Qual o(s) código(s) CID para tal condição de saúde? Conforme laudo apresentado.

CID 10:

**F 84  
F 70**

Possui algum benefício concedido pelo Estado devido a deficiência?

**NÃO.**

### **ATIVIDADES E PARTICIPAÇÃO**

Obs. As perguntas variam de acordo com cada caso. O foco aqui é verificar a realização de tarefas e o envolvimento em atividades do cotidiano. Veja algumas perguntas genéricas:

Possui bom convívio social?

**CONVIVE BEM COM A FAMÍLIA – NÃO É CARINHOSO  
INTERAÇÃO SEM FOCO NO OLHAR  
TEM POUCA INTERAÇÃO COM OUTROS COLEGUINHAS  
SELETIVIDADE ALIMENTAR**

Apresenta dificuldade de realizar tarefas cotidianas?

**ADORA BANHO**

**NÃO GOSTA DE ESCOVAR DENTES  
PRECISA DE AJUDA PARA FAZER AS NECESSIDADES**

Apresenta dificuldade em conseguir e manter um emprego?

Observações sobre as atividades e a participação do cliente:

#### **FATORES AMBIENTAIS**

Obs. Envolve ambiente físico, social e atitudinal

O ambiente de convivência apresenta facilitadores? Descrever os facilitadores

Ex. transporte adaptado

**NENHUM**

Quais as barreiras enfrentadas no cotidiano? Descrever as barreiras enfrentadas

Ex. transporte não adaptado

**DIFICULDADE DE ACESSO A SERVIÇOS DE SAÚDE  
MORADIA EMPRESTADA  
PAIS SEPARADOS**

#### **DOCUMENTOS QUE FALTAM**

RELATÓRIOS MÉDICOS –

PEDIATRA  
FONOAUDIOLOGA  
NUTRICIONISTA

PSICÓLOGO

**CONSIDERAÇÕES**

VIA ADM INICIALMENTE, JÁ EM ANDAMENTO