

ANEXO I

PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR-PTS			Nº DO PRONTUÁRIO	
NOME				
NOME SOCIAL (SE APLICÁVEL)				
FILIAÇÃO			NATURALIDADE	
RAÇA/COR (AUTODECLARADA)		SEXO	RELIGIÃO	
DATA DE NASCIMENTO		IDADE	TELEFONES	
ENDEREÇO				
PROFISSÃO/ATIVIDADE LABORAL			RENDA	
RESPONSÁVEL LEGAL (SE APLICÁVEL)			Nº DO CARTÃO DO SUS	
PESSOA COM DEFICIÊNCIA <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM QUAL? _____				
SITUAÇÃO CONJUGAL				
<input type="checkbox"/> CASADO(A) <input type="checkbox"/> SOLTEIRO(A) <input type="checkbox"/> SEPARADO(A) <input type="checkbox"/> VIÚVO(A) <input type="checkbox"/> DIVORCIADO(A) <input type="checkbox"/> UNIÃO ESTÁVEL DECLARADA <input type="checkbox"/> UNIÃO ESTÁVEL NÃO DECLARADA NOME DO(A) COMPANHEIRO(A) _____				
ESCOLARIDADE				
<input type="checkbox"/> SEM ESCOLARIDADE <input type="checkbox"/> FUNDAMENTAL I (1ª a 4ª SÉRIE) <input type="checkbox"/> FUNDAMENTAL II (5ª a 8ª SÉRIE) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MÉDIO <input type="checkbox"/> SUPERIOR INCOMPLETO <input type="checkbox"/> SUPERIOR COMPLETO <input type="checkbox"/> IGNORADO				
DADOS DO RESPONSÁVEL				
NOME				
ENDEREÇO				
TELEFONE			PARENTESCO	
PERFIL DO USUÁRIO				
<input type="checkbox"/> POPULAÇÃO DE RUA <input type="checkbox"/> INDÍGENA <input type="checkbox"/> CONFLITO COM A LEI <input type="checkbox"/> QUILOMBOLA <input type="checkbox"/> LGBTQTTT <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> POPULAÇÃO URBANA <input type="checkbox"/> POPULAÇÃO RURAL				
COMPOSIÇÃO FAMILIAR				
NOME	IDADE	GRAU DE PARENTESCO	PROFISSÃO/ ATIVIDADE LABORAL	RENDA
BENEFÍCIOS PREVIDENCIÁRIOS OU ASSISTENCIAIS RECEBIDOS				
<input type="checkbox"/> BPC <input type="checkbox"/> BOLSA FAMÍLIA <input type="checkbox"/> AUXÍLIO-DOENÇA <input type="checkbox"/> APOSENTADORIA <input type="checkbox"/> PENSÃO ESPECIAL POR HANSENÍASE <input type="checkbox"/> AUXÍLIO-RECLUSÃO <input type="checkbox"/> SALÁRIO MATERNIDADE <input type="checkbox"/> OUTROS _____ _____				
HIPÓTESE DIGNÓSTICA/DIAGNÓTICO				

HABILIDADES E INTERESSES

PRINCIPAIS DIFICULDADES

INTERVENÇÃO NECESSÁRIA

REDE DE CUIDADOS

CONDUTA TERAPÊUTICA - METAS

CURTO PRAZO

MÉDIO PRAZO

LONGO PRAZO

PERÍODO DE AVALIAÇÃO

RESPONSABILIDADES (CONTRATO TERAPÊUTICO)

PACIENTE

EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

FAMÍLIA

REDE INTERSETORIAL

REDE INTERSETORIAL

DATA ___/___/___

PROFISSIONAL DE REFERÊNCIA