

FICHA DE CONTROLE – 1º CONTATO

DATA:

____ / ____ / ____

QUALIFICAÇÃO DO ACOLHIDO RESIDENTE

NOME:		
ENDEREÇO:		NÚMERO:
COMPLEMENTO:		
BAIRRO:	CIDADE:	CEP:
TELEFONE FIXO:	TELEFONE CELULAR:	
RG:	CPF:	CARTÃO DO SUS:
ESCOLARIDADE:	RELIGIÃO:	PROFISSÃO:
ESTADO CIVIL:		
() SOLTEIRO () CASADO () DIVORCIADO () OUTROS _____		
CÔNJUGE:		
EMPRESA ONDE TRABALHA:		
TEL:	CARGO:	
NOME DA MÃE:		
NOME DO PAI:		
OUTROS;		
TRATAMENTOS ANTERIORES: () SIM () NÃO		
ONDE: _____		
TEL.: _____		DURAÇÃO: _____
ALÉRGICO: () SIM () NÃO		
ESPECIFICAR: _____		
DOENÇAS CRÔNICAS: () SIM () NÃO		
ESPECIFICAR: _____		
PROCESSO CRIMINAL: () SIM () NÃO		

QUALIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

NOME:		
ENDEREÇO:	NÚMERO:	COMPLEMENTO:
BAIRRO:	CIDADE:	CEP:
RG:	CPF:	PARENTESCO:
TEL. CELULAR:	TEL. FIXO:	TEL. RECADOS:
EMAIL:		
EMPRESA ONDE TRABALHA:		
TEL:	CARGO:	
OUTRO RESPONSÁVEL:		
TEL. CELULAR:	TEL. FIXO:	TEL. RECADOS:

ENTREVISTADOR

NOME:
PEDIDO: () AV. ODONTOLÓGICA () EXAMES () AV. PSIQUIÁTRICA () DESINTOXICAÇÃO
OBSERVAÇÕES: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
DATA: _____ / _____ / _____ ASSINATURA: _____

EXAMES OBRIGATÓRIOS PARA ACOLHIMENTO NA CASA DE ACOLHIDA RESTAURAÇÃO

Para que o Sr. _____

Seja acolhido para tratamento na Casa de Acolhida Restauração, deverão ser entregues no ato da internação os exames médicos a seguir relacionados:

- HEMOGRAMA COMPLETO;
- URINA TIPO 1;
- PARASITOLÓGICO DE FEZES;
- HIV I e II;
- SÍFILIS;
- HEPATITES B E C;
- TUBERCULOSE.

No ato da internação também deverá ser entregue cópia da carteira de vacinação. As vacinas de TÉTANO e FEBRE AMARELA deverão estar obrigatoriamente em dia.

TERMO DE COMPROMISSO 24 HORAS

Eu _____,
Responsável pela internação do acolhido RESIDENTE abaixo identificado, na data de ____ /
____ / _____, comprometo-me a comparecer na CASA DE ACOLHIDA RESTAURAÇÃO,
para buscar o acolhido aqui qualificado, no prazo de vinte e quatro horas após seu pedido de
desistência ou seu desligamento.

Estou CIENTE E DE ACORDO que o não comparecimento neste prazo, ou mesmo de um outro
responsável pelo acolhido residente, este será liberado da instituição, portando o valor da
passagem (residentes de fora) e munido de todos os documentos entregues no ato da internação.

ACOLHIDO RESIDENTE:

Nome: _____

RG: _____ CPF: _____

RESPONSÁVEL:

Nome: _____

RG: _____ CPF: _____

TEL.FIXO: (_____) _____ CELULAR: (_____) _____

RUA / AV: _____

Nº: _____ BAIRRO: _____

CIDADE: _____ ESTADO: _____

CEP: _____

Assis, _____ de _____ de _____

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL