



GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
CENTRO DE REABILITAÇÃO INTEGRAL DOM AQUINO CORRÊA - CRIDAC

--	--	--	--	--	--	--	--

Protocolo - CRIDAC

Avaliação Social

Prontuário: \_\_\_\_\_

Solicitação: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_ Naturalidade: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ Nº do cartão SUS: \_\_\_\_\_

Mãe: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Fone: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_

Recebe Benefício: ( ) LOAS ( ) Auxílio Doença ( ) Aposentado ( ) Pensionista ( ) Não

Profissão \_\_\_\_\_ Renda Familiar: \_\_\_\_\_

Número de membros: \_\_\_\_\_ Nº Membros que trabalham: \_\_\_\_\_ Dependentes menores: \_\_\_\_\_

Tipo de Moradia: ( ) Zona Rural ( ) Zona Urbana - ( ) Própria ( ) Alugada ( ) Cedida  
( ) Alvenaria ( ) Madeira ( ) Outros - Tempo de moradia \_\_\_\_\_ Nº de cômodos \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_

Audição: \_\_\_\_\_ Visão: \_\_\_\_\_ Fala: \_\_\_\_\_ Deficiência Mental: ( ) Sim ( ) Não

Alimenta-se: ( ) sozinho ( ) com auxílio Faz uso de sonda: ( ) naso ( ) gastro

Problemas de saúde: ( ) Traqueostomia ( ) Diabetes ( ) Hipertenso ( ) Hanseníase  
( ) Convulsões ( ) Marcapasso ( ) Pulmonar ( ) Renal ( ) Insuficiência Cardíaca

Outros \_\_\_\_\_

Uso de aparelhos, órteses ou próteses: \_\_\_\_\_

Medicamentos utilizados \_\_\_\_\_

Tratamento realizado: \_\_\_\_\_

PARECER SOCIAL:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Local e data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

carimbo e assinatura da Assistente Social