



## FORMULÁRIO – Serviço Social

## FICHA DE ATENDIMENTO - PRIMEIRO ACOLHIMENTO SOCIAL

Código: F.HABF.153

Versão: 00

Revisão: 19/05/2023

## DADOS DO PACIENTE

|  |                                    |                                     |
|--|------------------------------------|-------------------------------------|
| NOME:  | DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ |                                     |
| RG:  | DATA EMISSÃO: ____/____/____       | ORGÃO EMISSOR:                      |
| CPF:   | COR:                               |                                     |
| ESTADO CIVIL:  | SEXO: ( ) F ( ) M ( ) OUTRO        |                                     |
| NATURALIDADE:  | ESTADO:                            | UF:                                 |
| NOME DA MÃE:   |                                    |                                     |
| NOME DO PAI:   |                                    |                                     |
| PROFISSÃO:   |                                    |                                     |
| ENDEREÇO:  | Nº:                                | UF:                                 |
| BAIRRO:  | CIDADE:                            | CEP:                                |
| TELEFONE:  |                                    |                                     |
| ACOMPANHAMENTO NO MUNICÍPIO/ENDEREÇO                     |                                    | RECEBE ALGUM BENEFÍCIO? QUAL? _____ |
| ( ) UBS  |                                    | HÁBITOS/VÍCIOS:                     |
| ( ) CRAS   |                                    |                                     |
| ( ) CREAS  |                                    |                                     |
| ( ) CAPS   |                                    |                                     |
| ( ) OUTROS: _____  |                                    |                                     |
| ( ) TABAGISTA  |                                    | HÁBITOS/VÍCIOS:                     |
| ( ) ETILISTA   |                                    |                                     |
| ( ) OUTRAS DROGAS  |                                    |                                     |
| PROCEDÊNCIA: ( ) RESIDÊNCIA ( ) OUTRA UNIDADE HOSPITALAR |                                    |                                     |
| HUMANIZAÇÃO  |                                    |                                     |
| TIME DE FUTEBOL: _____                                   |                                    |                                     |
| RELIGIÃO: _____  |                                    |                                     |
| PREFERÊNCIA ALIMENTAR: _____                             |                                    |                                     |
| HOBBY: _____   |                                    |                                     |

## DADOS DO FAMILIAR/ACOMPANHANTE (REDE DE APOIO)

|   |
|---|
| NOME COMPLETO:  |
| IDADE:  |
| TELEFONE:   |
| GRAU DE PARENTESCO:   |
| ORIENTAÇÃO QUANTO AS NORMAS E ROTINAS HOSPITALARES: ( ) SIM ( ) NÃO |

## OBSERVAÇÃO:

COLABORADOR RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO