**Plano de Acompanhamento Familiar (PAF)**

**Dados de identificação da Família:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Área** | **Demanda Constada (Dificuldades)** | **Demanda Constada (Potencialidades)** | **Estratégias** | **Encaminhamentos** | **Prazo** | **Responsável** |
| **Convivência Familiar e Comunitária** |  |  |  |  |  |  |
| **Saúde** |  |  |  |  |  |  |
| **Educação** |  |  |  |  |  |  |
| **Assistência Social** |  |  |  |  |  |  |
| **Habitação** |  |  |  |  |  |  |
| **Profissionalização** |  |  |  |  |  |  |
| **Trabalho** |  |  |  |  |  |  |
| **Esporte, Cultura e Lazer.** |  |  |  |  |  |  |
| **Outros** |  |  |  |  |  |  |

**Parecer do Técnico Responsável \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Prazo pra Reavaliação\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Assinatura do Técnico Assinatura da Família**

**Local e data:**