**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:**