

FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DA CRIANÇA

* = Campo de informação obrigatória

= Campo de seleção única

= Campo de múltipla seleção

Versão 3 - 24/09/2026 1/2

Nº da Família:	Nº da Criança:
Município:	Data: ____/____/____
IDENTIFICAÇÃO	
1. Qual o nome completo da criança*?	
2. Qual o número do CPF da criança?	
3. Qual a nacionalidade da criança?* ☐ Brasileiro (a) ☐ Outro. Qual? _____	
4. Qual o nº de Identificação Social - NIS?	
5. Qual o número do Cartão Nacional do SUS (CNS)?	
6. Qual o dia e horário do atendimento*? ☐ Segunda ☐ Terça ☐ Quarta ☐ Quinta ☐ Sexta ☐ Sábado Hora do atendimento*: ____:____	
7. Qual a data de nascimento?* ____/____/____	8. Qual a idade*?
9. Qual o sexo?* ☐ Masculino ☐ Feminino	
10. Qual a raça/cor?* ☐ Branca ☐ Preta ☐ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena	
11. A criança possui Registro Civil de Nascimento (RCN)*? ☐ Sim ☐ Não	
12. No RCN da criança consta o nome de ambos os pais?* ☐ Sim ☐ Não	
13. Qual a filiação, conforme RCN? Nome completo: _____ ☐ Mãe ☐ Pai Nome completo: _____ ☐ Mãe ☐ Pai	
14. A criança está sendo amamentada com leite materno*? ☐ Sim, exclusivamente (a criança recebe só leite materno, sem água, chá, suco, outro leite ou alimento) ☐ Sim, predominantemente (a criança recebe leite materno e água, chá ou suco, mas não recebe outros leites) ☐ Sim, complementarmente (a criança recebe leite materno mas também recebe outros alimentos) ☐ Não está sendo amamentada	
15. Até que idade a criança se alimentou de leite materno*? ☐ 01 mês ☐ 02 meses ☐ 03 meses ☐ 04 meses ☐ 05 meses ☐ 06 meses ☐ Mais de 06 meses ☐ Nunca mamou ☐ Ainda está sendo amamentada	
16. A criança recebe Benefício de Prestação Continuada (BPC)*? ☐ Sim ☐ Não	

DADOS DO(A) CUIDADOR(A)	
17. Qual o nome completo? *	
18. Possui nome social?* ☐ Sim. Qual? _____ ☐ Não	
19. Qual a função parental em relação à criança atendida?* ☐ Mãe ☐ Integrante de família acolhedora ☐ Pai ☐ Primo/prima ☐ Padrasto ☐ Profissional de Serviço de acolhimento ☐ Madrasta ☐ Vizinho/vizinha ☐ Avó/avô ☐ Babá ☐ Irmão/irmã ☐ Outro. Qual? _____ ☐ Tio/tia	
20. Qual o sexo?* ☐ feminino ☐ masculino	
21. Deseja informar orientação sexual?* ☐ Sim ☐ Não Se sim, qual? ☐ Heterossexual ☐ Homossexual Gay/Lésbica ☐ Bissexual ☐ Outra. Qual? _____	
22. Deseja informar identidade de gênero*? ☐ Sim ☐ Não Se sim, qual? ☐ Mulher cisgênero ☐ Homem transexual ☐ Homem cisgênero ☐ Travesti ☐ Mulher transexual ☐ Outra. Qual? _____	
23. Grau de instrução do cuidador?* ☐ Não compreende o que lê (analfabetismo funcional) ☐ Ensino Médio incompleto ☐ Analfabeto(a) ☐ Ensino Médio completo ☐ Ensino Fundamental incompleto ☐ Ensino superior incompleto ☐ Ensino Fundamental completo ☐ Ensino superior completo	
24. Estuda atualmente?* ☐ Sim. Onde? _____ Não	
25. Trabalha atualmente?* ☐ Sim. Onde? ☐ Não	
26. Qual a Profissão/ocupação*?	Qual a carga horária semanal*?
27. Qual o número do CPF?	
28. Tem alguma deficiência*? ☐ Sim ☐ Não Se sim, qual? ☐ Auditiva ☐ Física ☐ Visual ☐ Outra. Qual? _____ ☐ Intelectual/cognitiva	
29. Caso o cuidador não seja a mãe, qual o grau de instrução da mãe da criança? ☐ Não compreende o que lê (analfabetismo funcional) ☐ Ensino Médio completo ☐ Analfabeto(a) ☐ Ensino superior incompleto ☐ Ensino Fundamental incompleto ☐ Ensino superior completo ☐ Ensino Fundamental completo ☐ Não sabe informar ☐ Ensino Médio incompleto	

DADOS DE SAÚDE (questões a seguir devem ser assinaladas conforme a Caderneta da Criança)

30. A criança possui Caderneta da Criança do Ministério da Saúde ou outro documento de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento?*

☐ Sim - Caderneta da Criança ☐ Sim - Outro documento ☐ Só o cartão de vacinas ☐ Não

31. Qual o tipo de parto? ☐ Vaginal ☐ Fórceps ☐ Cesárea

32. Qual a idade gestacional? ____ semanas ____ dias Nascimento prematuro?* ☐ Sim ☐ Não

33. Apgar no 5º minuto?*

☐ zero ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ Não informado

34. A criança realizou os seguintes triagens?*

Pezinho ☐ Sim ☐ Não ☐ Agendado

Olhinho: ☐ Sim ☐ Não ☐ Agendado

Coraçãozinho: ☐ Sim ☐ Não ☐ Agendado

Orelhinha: ☐ Sim ☐ Não ☐ Agendado

Linguinha: ☐ Sim ☐ Não ☐ Agendado

35. Há registro de peso da criança na Caderneta da Criança?*

☐ Sim ☐ Não ☐ Não tem informação sobre o peso

36. Há registro de comprimento/altura da criança na Caderneta da Criança?*

☐ Sim ☐ Não ☐ Não tem informação sobre a altura

37. O calendário de vacinação da criança está atualizado?* ☐ Sim ☐ Não ☐ Não tem registro

Questões 38 até 39 exigem comprovação por laudo médico

38. A criança apresenta alguma deficiência diagnosticada clinicamente?*

☐ Não

☐ Em investigação/Avaliação diagnóstica

☐ Sim, auditiva (Ex: perda auditiva de longo prazo [surdez] total ou parcial de um ou ambos os ouvidos)

☐ Sim, física (Ex: malformações de membros, amputações, nanismo, paraplegia [pernas], tetraplegia [quatro membros], hemiplegia [um lado do corpo], monoplegia [um membro], paralisia cerebral, ostomia)

☐ Sim, intelectual (Ex: frequentemente associada a síndromes genéticas como síndrome de Down [trissomia do cromossomo 21], Patau [trissomia do 13], Edwards [trissomia do 18], Klinefelter, Turner e síndrome do X frágil, além da síndrome alcoólica fetal)

☐ Sim, visual (Ex: baixa visão, cegueira, surdocegueira, visão monocular)

☐ Sim, Transtorno do Espectro Autista (suporte 1, 2 ou 3)

☐ Sim, múltipla (associação de duas ou mais deficiências ou condições que afetam múltiplas funções como a síndrome congênita do vírus Zika)

39. O diagnóstico foi confirmado posterior a captação do PIM?* ☐ Sim ☐ Não

FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DA CRIANÇA

* = Campo de informação obrigatória

○ = Campo de seleção única

□ = Campo de múltipla seleção

Versão 3 - 21/08/2024 1/2

ACOMPANHAMENTO CLÍNICO MULTIPROFISSIONAL

40. A criança apresenta algum tipo de problema de saúde diagnosticado?* ○ Sim ○ Não

Se sim, qual(is)?

- ☐ Doença falciforme
- ☐ Anemia
- ☐ Asma
- ☐ Intolerância ao glúten
- ☐ Hipertensão
- ☐ Doença de refluxo gastroesofágico
- ☐ Doenças cardiovasculares
- ☐ Exposição ao HIV
- ☐ Exposição a outras DST/IST
- ☐ Sífilis Congênita
- ☐ Epilepsia/convulsão
- ☐ Fissura labiopalatina
- ☐ Respirador bucal
- ☐ Hiperatividade/Déficit de atenção
- ☐ Alergia à proteína do leite de vaca (APLV)
- ☐ Diabetes
- ☐ Intolerância à lactose
- ☐ Outro(s): _____

41. A criança está sendo acompanhada em alguma especialidade médica ou multiprofissional?*

☐ Não está sendo acompanhada (pule para a pergunta 43)

- ☐ Cardiologia
- ☐ Endocrinologia
- ☐ Fisioterapia
- ☐ Fonoaudiologia
- ☐ Pediatria
- ☐ Pneumologia
- ☐ Neuropediatria
- ☐ Oftalmologia
- ☐ Psicologia
- ☐ Gastroenterologia
- ☐ Infectologia
- ☐ Odontologia
- ☐ Psicopedagogia
- ☐ Terapia ocupacional
- ☐ Musicoterapia
- ☐ Equoterapia
- ☐ Outra(s): _____

42. Em qual serviço a criança está sendo acompanhada?*

- ☐ Unidade Básica de Saúde (UBS) ou Estratégia de Saúde da Família (ESF)
- ☐ Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF)
- ☐ Serviço de Atendimento Especializado em IST/AIDS
- ☐ Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)
- ☐ Centro Especializado em Reabilitação (CER)
- ☐ APAE
- ☐ Fundação/Associação/Instituto

☐ Clínica ou consultório privado ☐ Ambulatório de especialidades em hospital ☐ Outro(s): _____
43. Observações sobre a saúde da criança:
INFORMAÇÕES SOBRE A EDUCAÇÃO, RELACIONAMENTO E HÁBITOS
44. A criança está matriculada na Educação Infantil (creche ou pré-escola)?* ☐ Sim. Ano de entrada: _____ ☐ Não
45. A criança apresenta dificuldade para se relacionar com outras crianças?* ☐ Sim. Qual(is)? _____ ☐ Não
46. Com quem a criança brinca com mais frequência?* ☐ Com adulto(s) ☐ Com criança(s) ☐ Sozinha
47. Qual o local onde a criança brinca?* ☐ Em casa ☐ Na casa do(s) vizinho(s) ☐ Na rua ☐ No parque/prça ☐ Outro(s). Onde? _____
48. A criança brinca com jogos eletrônico em telefone celular/computador e/ou tablet?* ☐ Sim ☐ Não. Pule para a pergunta 50
49. Quanto tempo? ☐ Até 02 horas diárias ☐ Entre 2 e 4 horas diárias ☐ Mais de 4 horas diárias
50. A criança assiste televisão em sua rotina diária?* ☐ Sim ☐ Não
51. Quanto tempo? ☐ Até 02 horas diárias ☐ Entre 2 e 4 horas diárias ☐ Mais de 4 horas diárias
52. Quantas horas de sono a criança tem por dia?* ☐ Até 10 horas diárias ☐ Entre 10 e 11 horas diárias ☐ Entre 12 e 15 horas diárias ☐ Entre 15 e 16 horas diárias
CONVIVÊNCIA FAMILIAR
53. A criança vive com quem?* ☐ Mãe ☐ Pai ☐ Padrasto ☐ Madrasta ☐ Avó/avô ☐ Irmão/irmã ☐ Tio/tia ☐ Com família acolhedora ☐ Primo/prima ☐ Em serviço de acolhimento ☐ Vizinho (a) ☐ Babá ☐ Outro(s). Qual _____
54. Qual o tempo a família dedica para brincar com a criança?* ☐ Todos os dias ☐ Uma vez por semana ou mais ☐ Não brinca/Não dedica

55. A família conversa com a criança?* ☐ Frequentemente ☐ Raramente ☐ Nunca conversa
56. A criança tem livros infantis disponíveis em casa? ☐ Sim ☐ Não
57. A família mostra livros e/ou figuras para a criança?* ☐ Todos os dias ☐ Uma vez por semana ou mais ☐ Não mostra livros ou figuras
58. A família conta histórias para a criança? ☐ Todos os dias ☐ Uma vez por semana ou mais ☐ Não conta histórias
59. A família leva a criança para passear?* ☐ Todos os dias ☐ Uma vez por semana ☐ Uma vez por mês ☐ Não leva para passear
60. A família ensina canções e/ou canta com a criança?* ☐ Todos os dias ☐ Uma vez por semana ☐ Não ensina canções/não canta
61. Como a família demonstra afeto?* ☐ Com palavras e gestos de carinho ☐ Presenteando frequentemente ☐ Realizando atividades conjuntas ☐ Conversando sobre interesses e necessidades de cada um ☐ Satisfazendo as necessidades materiais da família ☐ Brincando juntos ☐ Outras formas/Especifique:
62. Como a família lida com maus comportamentos da criança?* ☐ Achando graça ☐ Com ameaças ☐ Com agressões verbais ☐ Com castigos corporais ☐ Suspende atividades que a criança mais aprecia (gosta) ☐ Com conselhos/conversa ☐ Com indiferença ☐ Outras formas/Especifique:
63. Qual a forma de captação da criança ao PIM?* ☐ Mãe era acompanhada pelo PIM na gestação ☐ No domicílio, pelo visitador/supervisor ☐ Em atividades comunitárias ☐ Encaminhamento da rede da Assistência Social ☐ Encaminhamento da rede da Educação ☐ Encaminhamento da rede da Saúde ☐ Através de conhecidos/vizinhos ☐ Encaminhamento por órgão do Poder Judiciário ☐ Estabelecimento prisional ☐ Outra. Qual? _____
64. Outras observações sobre a criança:

INATIVAÇÃO DA CRIANÇA	
Data: __ __/__ __/__ __ __	Motivo: ☐ Finalização dos atendimentos em razão da criança ter completado 06 anos ☐ Mudança de endereço da criança para o mesmo município ☐ Mudança de endereço da criança para outro município ☐ Ingresso da criança na educação infantil ☐ Ingresso do cuidador no mercado de trabalho ☐ Óbito da criança ☐ Criança ter completado 03 anos e o município priorizar a faixa etária 0-3 anos ☐ Outro. Qual? _____