

INVENTÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO DE UTILIZAÇÃO E CUSTOS DE SERVIÇOS

I S D U C S

UNIDADE	Nº PACIENTE	DATA DO NASCIMENTO / /
----------------	--------------------	-------------------------------

1. INFORMAÇÕES SÓCIO - DEMOGRÁFICAS

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;">1.1</td> <td style="width: 20%;">DOCUMENTAÇÃO</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Sim</td> <td>Não</td> <td>D.N.O.</td> </tr> <tr> <td>1.1.a</td> <td>CERT. NASCIMENTO</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>1.1.b</td> <td>R.G.</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>1.1.c</td> <td>CERT. CASAMENTO</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>1.1.d</td> <td>C.P.F.</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>1.1.e</td> <td>TÍTULO ELEITOR</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>1.1.f</td> <td>OUTROS</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	1.1	DOCUMENTAÇÃO						Sim	Não	D.N.O.	1.1.a	CERT. NASCIMENTO				1.1.b	R.G.				1.1.c	CERT. CASAMENTO				1.1.d	C.P.F.				1.1.e	TÍTULO ELEITOR				1.1.f	OUTROS				<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;">1.2</td> <td style="width: 20%;">ESTADO CIVIL</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td></td> <td>SOLTEIRO</td> <td></td> <td>VIÚVO</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>CASADO/AMASIADO</td> <td></td> <td>NÃO INFORMADO</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>DIVORC./SEPARADO</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;">1.4 NATURALIDADE</td> <td style="width: 40%;">UF</td> </tr> <tr> <td style="height: 30px;"></td> <td></td> </tr> </table>	1.2	ESTADO CIVIL					SOLTEIRO		VIÚVO			CASADO/AMASIADO		NÃO INFORMADO			DIVORC./SEPARADO				1.4 NATURALIDADE	UF			<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;">1.3</td> <td style="width: 20%;">SEXO</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td></td> <td>FEMININO</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>MASCULINO</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">1.6</td> <td style="width: 80%;">NACIONALIDADE</td> </tr> <tr> <td style="height: 30px;"></td> <td></td> </tr> </table>	1.3	SEXO					FEMININO					MASCULINO				1.6	NACIONALIDADE		
1.1	DOCUMENTAÇÃO																																																																																				
		Sim	Não	D.N.O.																																																																																	
1.1.a	CERT. NASCIMENTO																																																																																				
1.1.b	R.G.																																																																																				
1.1.c	CERT. CASAMENTO																																																																																				
1.1.d	C.P.F.																																																																																				
1.1.e	TÍTULO ELEITOR																																																																																				
1.1.f	OUTROS																																																																																				
1.2	ESTADO CIVIL																																																																																				
	SOLTEIRO		VIÚVO																																																																																		
	CASADO/AMASIADO		NÃO INFORMADO																																																																																		
	DIVORC./SEPARADO																																																																																				
1.4 NATURALIDADE	UF																																																																																				
1.3	SEXO																																																																																				
	FEMININO																																																																																				
	MASCULINO																																																																																				
1.6	NACIONALIDADE																																																																																				

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;">1.7</td> <td style="width: 35%;">TEM FILHOS? SIM () NÃO ()</td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 40%;"></td> </tr> <tr> <td>1.7.a</td> <td>MENORES DE 18 ANOS</td> <td>1.7.b</td> <td>QUANTOS ()</td> </tr> <tr> <td>1.7.c</td> <td>MAIORES DE 18 ANOS</td> <td>1.7.d</td> <td>QUANTOS ()</td> </tr> <tr> <td>1.7.e</td> <td>NÃO SABE INFORMAR</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	1.7	TEM FILHOS? SIM () NÃO ()			1.7.a	MENORES DE 18 ANOS	1.7.b	QUANTOS ()	1.7.c	MAIORES DE 18 ANOS	1.7.d	QUANTOS ()	1.7.e	NÃO SABE INFORMAR			<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;">1.8</td> <td style="width: 95%;">LINGUA MATERNA</td> </tr> <tr> <td style="height: 40px;"></td> <td></td> </tr> </table>	1.8	LINGUA MATERNA			<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;">1.9</td> <td style="width: 70%;">FALA FLUENTEMENTE IDIOMA NACIONAL</td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td></td> <td>SIM</td> <td>1.9.a</td> <td>FLUENTE</td> </tr> <tr> <td></td> <td>NÃO</td> <td>1.9.b</td> <td>NÃO FLUENTE</td> </tr> </table>	1.9	FALA FLUENTEMENTE IDIOMA NACIONAL				SIM	1.9.a	FLUENTE		NÃO	1.9.b	NÃO FLUENTE
1.7	TEM FILHOS? SIM () NÃO ()																																	
1.7.a	MENORES DE 18 ANOS	1.7.b	QUANTOS ()																															
1.7.c	MAIORES DE 18 ANOS	1.7.d	QUANTOS ()																															
1.7.e	NÃO SABE INFORMAR																																	
1.8	LINGUA MATERNA																																	
1.9	FALA FLUENTEMENTE IDIOMA NACIONAL																																	
	SIM	1.9.a	FLUENTE																															
	NÃO	1.9.b	NÃO FLUENTE																															

1.10	ESCOLARIDADE			
	ANALFABETO	FUNDAMENTAL II	SUPLETIVO	DADO NÃO OBTIDO
	EDUCAÇÃO INFANTIL	ENSINO MÉDIO	ENSINO SUPERIOR	
	FUNDAMENTAL I	ENSINO PROFISSIONALIZANTE	PÓS-GRADUAÇÃO / SENSU LATO	

1.11	COMPLETO	1.12 QUANTOS ANOS FREQUENTOU A ESCOL		1.13 REPETÊNCIA ESCOLAR
	SIM			SIM
	NÃO			NÃO

1.14 ESTUDA ATUALMENTE OU FEZ UM CURSO NO ULTIMO ANO ?	
SIM	ESPECIFIQUE _____
NÃO	

1.15	SE, SIM NA QUESTÃO 1.14			
1.15.a	CONCLUIU CURSO NO ULTIMO ANO	SIM	NÃO	
1.15.b	ESTUDA ATUALMENTE	SIM	NÃO	

OBSERVAÇÕES	
--------------------	--

RESPONSÁVEL PELA PESQUISA		
NOME	DATA	ASSINATURA

INVENTÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO DE UTILIZAÇÃO E CUSTOS DE SERVIÇOS I S D U C S

2. MORADIA

2.1	COMO RESIDE ATUALMENTE?		
	SÓZINHO	COM OUTROS FAMILIARES	COM OUTROS PACIENTES
	COM ESPOSO (A) / COMPANHEIRO (A)	COM AMIGOS	SITUAÇÃO DE RUA
	COM OS PAIS	COM DESCONHECIDOS	OUTROS. ESPECIFIQUE ()

2.2	HÁ QUANTO TEMPO MORA NA ATUAL RESIDÊNCIA	
2.2.a		DIAS
2.2.b		MESES
2.2.c		ANOS

2.3	SE EM ACOMODAÇÃO FAMILIAR	
2.3.a	Nº DE ADULTOS QUE RESIDEM (INCLUINDO PACIENTE)	
2.3.b	Nº DE PESSOAS MENOR DE 18 ANOS QUE RESIDEM	

2.4	TIPO DE HABITAÇÃO (PARTICULAR / FAMILIAR)	
	CASA	FAVELA / BARRACO
	APARTAMENTO	OUTRO
	PENSÃO / HOTEL/QUARTO	NÃO SE APLICA

2.5	MODALIDADE	
2.5.a		PRÓPRIO
2.5.b		ALUGADO
2.5.c		EMPRESTADO

2.6	TIPO DE HABITAÇÃO (COMUNITÁRIA NÃO HOSPITALAR)				
2.6.a	SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO TIPO I	2.6.c	ALBERGUE	2.6.c	OUTROS
2.6.b	SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO TIPO II	2.6.d	ABRIGO		

2.7	TIPO DE HABITAÇÃO (HOSPITALAR)	
	HOSPITAL PSIQUIÁTRICO	
	HOSPITAL GERAL: LEITO PSIQUIÁTRICO / ENFERMARIA PSIQUIÁTRICA	
	OUTROS	2.8.1

2.8	LOCAL ONDE VIVEU NOS ÚLTIMOS TRES MESES		
	TIPO DE ACOMODAÇÃO		Nº DE DIAS
2.8.a		2.8.b	
2.8.c		2.8.d	
2.8.e		2.8.g	
2.8.g		2.8.h	

OBSERVAÇÕES

INVENTÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO DE UTILIZAÇÃO E CUSTOS DE SERVIÇOS

I S D U C S

4. EMPREGO E RENDA

4.1. QUAL A SUA SITUAÇÃO ATUAL DE TRABALHO?					
4.1.a	EMPREGADO	4.1.b	ESTUDANTE	4.1.c	AUXÍLIO DOENÇA
4.1.d	NEGÓCIO PRÓRIO	4.1.e	CUIDA DA CASA	4.1.f	LICENÇA MÉDICA - ATÉ 15 DIAS
4.1.g	TRABALHO VOLUNTÁRIO	4.1.h	APOSENTADO	4.1.i	TRABALHO EVENTUAL
4.1.j	DESEMPREGADO	4.1.k	NUNCA TRABALHOU	4.1.l	DADO NÃO OBTIDO
				4.1.m	OUTROS ()

4.2. SE ESTIVER EMPREGADO: VINCULO EMPREGATÍCIO ATUAL					
4.2.a	CARTEIRA ASSINADA CLT	4.2.b	SERVIDOR PÚBLICO	4.2.c	OUTROS ()
4.2.d	AUTONOMO	4.2.e	NENHUM	4.2.f	DADO NÃO OBTIDO

4.3	QUANTOS DIAS DE TRABALHO FICOU AFASTADO POR MOTIVO DE TRANSTORNO MENTAL NO ÚLTIMO MÊS? ()
-----	--

4.4. HÁ QUANTO TEMPO ESTÁ DESEMPREGADO?					
4.4.a	DIAS	4.4.b	MESES	4.4.c	ANOS

4.5. QUAL BENEFÍCIO RECEBE ATUALMENTE?											
			Sim	Não	D.N.O.				Sim	Não	D.N.O.
4.5.1											
4.5.1.a	SEGURO DESEMPREGO					4.5.1.b	APOSENTADORIA				
4.5.1.c	AUXÍLIO DOENÇA					4.5.1.f	PENSÃO				
4.5.1.e	LOAS					4.5.1.g	OUTROS . Especificar				
4.5.1.g						()					

4.6. QUAL SUA FONTE DE RENDA											
			Sim	Não	D.N.O.				Sim	Não	D.N.O.
4.6.a	SALÁRIO					4.6.b	AJUDA FAMILIAR				
4.6.c	BENEFÍCIO					4.6.d	OUTROS . Especificar				
4.6.e	APOSENTADORIA					()					

4.7. RENDA BRUTA MENSAL			
	ABAIXO DE R\$ 250,00		ENTRE R\$ 2.001,00 E R\$ 3.000,00
	ENTRE R\$ 251,00 E R\$ 500,00		ACIMA DE R\$ 3.001,00
	ENTRE R\$ 501,00 E R\$ 1.000,00		NENHUMA
	ENTRE R\$ 1.001,00 E R\$ 2.000,00		DADO NÃO OBTIDO

4.8	VALOR BRUTO R\$
-----	-----------------

4.9	SE TRABALHOU, QUAL A SUA PROFISSÃO / FUNÇÃO PRINCIPAL?
-----	--

	OBSERVAÇÕES
--	-------------

INVENTÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO DE UTILIZAÇÃO E CUSTOS DE SERVIÇOS

I S D U C S

5. CONSUMO DE MEDICAÇÃO

5.1.	MEDICAÇÕES PSICOTRÓPICAS DE USO CONTÍNUO USADAS DURANTE O ÚLTIMO MÊS																			
		SIM							NÃO							NÃO SABE INFORMAR				

NOME DO MEDICAMENTO		APRESENTAÇÃO (mg)			FREQUÊNCIA DIÁRIA/			Nº GOTAS/ COMPRIMIDOS/DIA			Nº AMPOLAS (MÊS)		
5.1.1		5.1.1.a			5.1.1.b			5.1.1.c			5.1.1.d		
5.1.2		5.1.2.a			5.1.2.b			5.1.2.c			5.1.2.d		
5.1.3		5.1.3.a			5.1.3.b			5.1.3.c			5.1.3.d		
5.1.4		5.1.4.a			5.1.4.b			5.1.4.c			5.1.4.d		
5.1.5		5.1.5.a			5.1.5.b			5.1.5.c			5.1.5.d		
5.1.6		5.1.6.a			5.1.6.b			5.1.6.c			5.1.6.d		
5.1.7		5.1.7.a			5.1.7.b			5.1.7.c			5.1.7.d		
5.1.8		5.1.8.a			5.1.8.b			5.1.8.c			5.1.8.d		

5.2.	MEDICAÇÕES NÃO PSICOTRÓPICAS / CLÍNICAS USADAS DURANTE O ÚLTIMO MÊS																			
		SIM							NÃO							NÃO SABE INFORMAR				

NOME DO MEDICAMENTO		APRESENTAÇÃO (mg)			FREQUÊNCIA DIÁRIA/			Nº GOTAS/ COMPRIMIDOS/ UNIDADES DIA			Nº AMPOLAS (MÊS)		
5.2.1		5.2.1.a			5.2.1.b			5.2.1.c			5.2.1.d		
5.2.2		5.2.2.a			5.2.2.b			5.2.2.c			5.2.2.d		
5.2.3		5.2.3.a			5.2.3.b			5.2.3.c			5.2.3.d		
5.2.4		5.2.4.a			5.2.4.b			5.2.4.c			5.2.4.d		
5.2.5		5.2.5.a			5.2.5.b			5.2.5.c			5.2.5.d		
5.2.6		5.2.6.a			5.2.6.b			5.2.6.c			5.2.6.d		
5.2.7		5.2.7.a			5.2.7.b			5.2.7.c			5.2.7.d		
5.2.8		5.2.8.a			5.2.8.b			5.2.8.c			5.2.8.d		

5.3.	USO EVENTUAL DE MEDICAÇÃO PSICOTRÓPICA NO ÚLTIMO MÊS																			
		SIM							NÃO							NÃO SABE INFORMAR				

NOME DO MEDICAMENTO		APRESENTAÇÃO (mg)			FREQUÊNCIA DIÁRIA			LOCAL ONDE FOI ADMINISTRADO		
5.3.1		5.3.1.a	4/8		5.3.1.b			5.3.1.c		
5.3.2		5.3.2.a			5.3.2.b			5.3.2.c		
5.3.3		5.3.3.a			5.3.3.b			5.3.3.c		
5.3.4		5.3.4.a			5.3.4.b			5.3.4.c		
5.3.5		5.3.5.a			5.3.5.b			5.3.5.c		
5.3.6		5.3.6.a			5.3.6.b			5.3.6.c		
5.3.7		5.3.7.a			5.3.7.b			5.3.7.c		
5.3.8		5.3.8.a			5.3.8.b			5.3.8.c		

OBSERVAÇÕES

INVENTÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO DE UTILIZAÇÃO E CUSTOS DE SERVIÇOS

6. UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS (FLS. 1/2)

6.4	UTILIZOU SERVIÇOS HOSPITALARES EM SAÚDE MENTAL NOS SEQUINTE PERÍODOS?				
	NÃO		SIM, NESTE CASO PREENCHA A TABELA		DADO NÃO OBTIDO

SERVIÇOS		FREQUÊNCIA (Nº DE VEZES)					
		1 MÊS		3 MESES		12 MESES	
PSIQUIATRIA							
6.4.1	ENFERMARIA EM HOSPITAL GERAL	6.4.1.a		6.4.1.b		6.4.1.c	
6.4.2	HOSPITAL PSIQUIÁTRICO	6.4.2.a		6.4.2.b		6.4.2.c	
6.4.3	HOSPITAL DIA	6.4.3.a		6.4.3.b		6.4.3.c	
6.4.4	PRONTO ATENDIMENTO (UPA, AMA, ETC)	6.4.4.a		6.4.4.b		6.4.4.c	
6.4.5	URGÊNCIA	6.4.5.a		6.4.5.b		6.4.5.c	
6.4.5.1.	MENOS DE 24 HORAS (Nº DE VEZES)	6.4.5.1.a		6.4.5.1.b		6.4.5.1.c	
6.4.5.2.	MAIS DE 24 HORAS (COM AIH) Nº DE VEZES	6.4.5.2.a		6.4.5.2.b		6.4.5.2.c	

6.5	UTILIZOU SERVIÇOS HOSPITALARES DE OUTRAS ESPECIALIDADES NOS SEQUINTE PERÍODOS?				
	NÃO		SIM, NESTE CASO PREENCHA A TABELA		DADO NÃO OBTIDO

SERVIÇOS		FREQUÊNCIA (EM DIAS)					
		1 MÊS		3 MESES		12 MESES	
6.5.1	UTILIZOU DE OUTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS	6.5.1.a		6.5.1.b		6.5.1.c	
6.5.2	ENFERMARIA	6.5.2.a		6.5.2.b		6.5.2.c	
6.5.3	PRONTO ATENDIMENTO (UPA, AMA, ETC)	6.5.3.a		6.5.3.b		6.5.3.c	
6.5.4	PRONTO SOCORRO-URGÊNCIA	6.5.4.a		6.5.4.b		6.5.4.c	
6.5.4.1.	MENOS DE 24 HORAS (VEZES)	6.5.5.a		6.5.5.b		6.5.5.c	
6.5.4.2.	MAIS DE 24 HORAS (COM AIH) DIAS	6.5.6.a		6.5.6.b		6.5.6.c	
6.5.5.	OUTROS (ESPECIFICAR)	6.5.7.a		6.5.7.b		6.5.7.c	

6.6	UTILIZOU SERVIÇOS AMBULATORIAIS NOS ULTIMOS				
	NÃO		SIM, NESTE CASO PREENCHA A TABELA		DADO NÃO OBTIDO

SERVIÇOS		FREQUÊNCIA (EM DIAS)					
		1 MÊS		3 MESES		12 MESES	
6.6.1	PSIQUIATRIA	6.6.1.a		6.6.1.b		6.6.1.c	
6.6.2	OUTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS	6.6.2.a		6.6.2.b		6.6.2.c	
6.6.3	DENTISTA	6.6.3.a		6.6.3.b		6.6.3.c	
6.6.4	NUTRICIONISTA	6.6.4.a		6.6.4.b		6.6.4.c	
6.6.5	OUTROS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	6.6.5.a		6.6.5.b		6.6.5.c	
6.6.6	OUTROS (ESPECIFICAR)	6.6.6.a		6.6.6.b		6.6.6.c	

6.7	UTILIZOU TRANSPORTE NO ULTIMO MÊS				
	NÃO		SIM, NESTE CASO PREENCHA A TABELA		DADO NÃO OBTIDO

SERVIÇOS		FREQUÊNCIA (EM DIAS)					
		1 MÊS		3 MESES		12 MESES	
6.7.1	AMBULÂNCIA	6.7.1.a		6.7.1.b		6.7.1.c	
6.7.2	SAMU	6.7.2.a		6.7.2.b		6.7.2.c	
6.7.3	CARRO OFICIAL	6.7.3.a		6.7.3.b		6.7.3.c	
6.7.4	VEÍCULO PARTICULAR	6.7.4.a		6.7.4.b		6.7.4.c	
6.7.5	RESGATE (BOMBEIRO OU POLÍCIA)	6.7.5.a		6.7.5.b		6.7.5.c	

6.8	VISITA DOMICILIAR						
EQUIPE		FREQUÊNCIA (EM DIAS)					
		1 MÊS		3 MESES		12 MESES	
6.8.1	MÉDICO + TÉCNICO SUPERIOR.	6.8.1.a		6.8.1.b		6.8.1.c	
6.8.2	2 TÉCNICO SUPERIOR	6.8.2.a		6.8.2.b		6.8.2.c	
6.8.3	1 TÉCNICO SUPERIOR + 1 TÉCNICO MÉDIO	6.8.3.a		6.8.3.b		6.8.3.c	

INVENTÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO DE UTILIZAÇÃO E CUSTOS DE SERVIÇOS

I S D U C S

6. UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS (FLS. 2/2)

6.9 UTILIZOU SERVIÇOS COMUNITÁRIOS NO ÚLTIMO PERÍODO?									
NÃO		SIM, NESTE CASO PREENCHA A TABELA					DADO NÃO OBTIDO		
SERVIÇOS		FREQUÊNCIA (Nº DE VEZES)							
		1 MÊS		3 MESES			12 MESES		
CAPS									
6.9.1	CENTRO DE CONVIVÊNCIA	6.9.1.a		6.9.1.b		6.9.1.c			
6.9.2	ESF (PSF)	6.9.2.a		6.9.2.b		6.9.2.c			
6.9.3	OFICINA TERAPÊUTICA	6.9.3.a		6.9.3.b		6.9.3.c			
6.9.4	UBS	6.9.4.a		6.9.4.b		6.9.4.c			
6.9.5	VISITA DOMICILIAR / ACS	6.9.5.a		6.9.5.b		6.9.5.c			
6.9.6	CAPS I	6.9.6.a		6.9.6.b		6.9.6.c			
6.9.7	CAPS II	6.9.7.a		6.9.7.b		6.9.7.c			
6.9.8	CAPS 1 III	6.9.8.a		6.9.8.b		6.9.8.c			
6.9.9	CAPS AD	6.9.9.a		6.9.9.b		6.9.9.c			
6.9.10	CAPS INFANTIL	6.9.10.a		6.9.10.b		6.9.10.c			
6.9.11	OUTRO	6.1.11.a		6.9.11.b		6.9.11.c			

6.10 REALIZOU CONSULTAS COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO ÚLTIMO PERÍODO?									
NÃO		SIM, NESTE CASO PREENCHA A TABELA					DADO NÃO OBTIDO		
SERVIÇOS		FREQUÊNCIA (Nº DE VEZES)							
		MODALIDADE (*)		1 MÊS		3 MESES		12 MESES	
PSIQUIATRIA									
6.10.1	PSIQUIATRA	6.10.1.a		6.10.1.b		6.10.1.c		6.10.1.d	
6.10.2	MÉDICO DE OUTRA ESPECIALIDADE	6.10.2.a		6.10.2.b		6.10.2.c		6.10.2.d	
6.10.3	ENFERMEIRO	6.10.3.a		6.10.3.b		6.10.3.c		6.10.3.d	
6.10.4	PSICOLOGO	Grupo	6.10.4.a	6.10.4.b	6.10.4.c	6.10.4.d		6.10.4.d	
		Individual	6.10.4.e	6.10.4.f	6.10.4.g		6.8.4.h		
6.10.5	ASSISTENTE SOCIAL	6.10.5.a		6.10.5.b		6.10.5.c		6.10.5.d	
6.10.6	TERAP. OCUPACIONAL	Grupo	6.10.6.a	6.10.6.b	6.10.6.c	6.10.6.d		6.10.6.d	
		Individual	6.10.6.e	6.10.6.f	6.10.6.g		6.10.6.h		
6.10.7	ACOMPANHANTE TERAPÊUTICO (AT)	6.10.7.a		6.10.7.b		6.10.7.c		6.10.7.d	
6.10.8	OFICINEIRO	6.10.8.a		6.10.8.b		6.10.8.c		6.10.8.d	
6.10.9	OUTRO	6.10.9.a		6.10.9.b		6.10.9.c		6.10.9.d	

(*) 1. PRIVADO 2. CONVÊNIO 3. PÚBLICO 4. VOLUNTÁRIO

6.11 UTILIZOU SERVIÇOS JUDICIAIS CRIMINAIS NO ÚLTIMO PERÍODO?									
NÃO		SIM, NESTE CASO PREENCHA A TABELA							
SERVIÇOS		FREQUÊNCIA (Nº DE VEZES)							
		1 MÊS		3 MESES			12 MESES		
6.11.1	POLÍCIA OU DELEGACIA - Nº DE CONTATOS	6.11.1.a		6.11.1.b		6.11.1.c			
6.11.2	CONDIÇÃO DE ESTAR PRESA	6.11.2.a		6.11.2.b		6.11.2.c			
6.11.3	1. DELEGACIA	6.11.3.a		6.11.3.b		6.11.3.c			
6.11.4	2. PRISÃO OU PENITENCIÁRIA	6.11.4.a		6.11.4.b		6.11.4.c			
6.11.5	3. HOSPITAL DE CUSTÓDIA	6.11.5.a		6.11.5.b		6.11.5.c			
6.11.6	PERÍCIAS PSIQUIÁTRICAS FORENSES	6.11.6.a		6.11.6.b		6.11.6.c			
6.11.7	PROMOTORIA PÚBLICA	6.11.7.a		6.11.7.b		6.11.7.c			
6.11.8	DEFENSORIA PÚBLICA	6.11.8.a		6.11.8.b		6.11.8.c			
6.11.9	JUIZADO CRIMINAL	6.11.9.a		6.11.9.b		6.11.9.c			
6.11.10	OUTRO :	6.11.10.a		6.11.10.b		6.11.10.c			

OBSERVAÇÕES

INVENTÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO DE UTILIZAÇÃO E CUSTOS DE SERVIÇOS

I S D U C S

ANEXO I (equivalente ao 3.4.1)

	ITENS DE CUSTO EXCETO RECURSOS HUMANOS	CUSTO TOTAL	
3.4.1	Aluguel do imóvel	CUSTO DO ULTIMO MÊS	R\$
3.4.2	Energia elétrica	CUSTO DO ULTIMO MÊS	R\$
3.4.3	Água e esgoto	CUSTO DO ULTIMO MÊS	R\$
3.4.4	Telefone	CUSTO DO ULTIMO MÊS	R\$
3.4.5	Gás	CUSTO DO ULTIMO MÊS	R\$
3.4.6	Impostos e taxas	CUSTO DO ULTIMO MÊS	R\$
3.4.7	Vigilância	CUSTO DO ULTIMO MÊS	R\$
3.4.8	Limpeza	CUSTO DO ULTIMO MÊS	R\$
3.4.9	Gêneros alimentícios	CUSTO DO ULTIMO MÊS	R\$
3.4.10	Material de consumo diversos	CUSTO DO ULTIMO MÊS	R\$
3.4.11	Rouparia	CUSTO DO ULTIMO MÊS	R\$
3.4.12	Lavanderia	CUSTO DO ULTIMO MÊS	R\$
3.4.13	Manutenção predial (reformas)	CUSTO DO ULTIMO MÊS	R\$
3.4.14	Manutenção de aparelhos / móveis	CUSTO DO ULTIMO MÊS	R\$
3.4.15	Transportes	CUSTO DO ULTIMO MÊS	R\$
3.4.16	serviços administrativos	CUSTO DO ULTIMO MÊS	R\$
3.4.17	Outros (especificar)	CUSTO DO ULTIMO MÊS	R\$

	OBSERVAÇÕES