



**PREFEITURA DE  
SÃO PAULO**

**PLANO INDIVIDUAL DE ATENDIMENTO**

**EIXO PESSOA COM DEFICIÊNCIA**

**1. Motivo do encaminhamento para o serviço**

---



---



---



---



---

**2. Histórico da pessoa:**

---



---



---



---



---



---

**3. Quanto à preservação e fortalecimento dos vínculos familiares:**

3.1- Familiares responsáveis pelos cuidados do usuário

( ) genitora ( ) genitor ( ) avós maternos ( ) avós paternos ( ) tios maternos

( ) tios paternos ( ) irmãos

( ) outros \_\_\_\_\_

Justificativa / observações:

---



---

3.2- Regularidade/participação do familiar/responsável, no serviço:

( ) semanais ( ) quinzenais ( ) mensais ( ) muito esporádicas

( ) outros \_\_\_\_\_

Justificativa/observações:

---



---