

FICHA SOCIAL

Código: UPA-AS-FORM-001

REVISÃO: 001

SETOR: ASSISTENTE SOCIAL

DATA DE ELABORAÇÃO: 02/02/2024

DATA DE REVISÃO: 02/02/2026

Página: 1/1

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome:		Idade:
Pai:		
Mãe:		
Endereço:		
Bairro:	Cidade:	Estado:
Data de Nascimento:		
Escolaridade: () Sem Escolaridade () Fundamental I 1 a 4 serie () Fundamental II 5 a 8 serie () Ensino Médio () Superior Incompleto () Superior Completo () Ignorado		
Local de nascimento:		Estado civil paciente:
Trabalha?	Profissão:	
Responsável:		
Grau de parentesco:		
Endereço:		
Data de Internação: / /		
Restrição de visita?		Quem?

2. ACOMPANHANTE

NOME DO ACOMPANHANTE	TELEFONE	DATA

3. OBSERVAÇÃO

4. TERMO DE COMPROMISSO

Eu, _____, estou ciente das normas e rotinas desta Unidade de Pronto Atendimento, sou responsável do paciente acima citado e a equipe do Serviço Social, destacando-se a responsabilidade do próprio paciente (caso em estado de consciência) e de sua família ou responsável legais pela guarda dos seus objetos pessoais e seus pertences em geral. Declaro, ainda, conhecer o regulamento interno da unidade, obrigando-se a cumpri-lo integralmente, estando ciente e de acordo que a unidade não tem qualquer responsabilidade por objetos e valores do paciente, de seus acompanhantes ou responsáveis. E que cumprimos as Leis vigentes do Estatuto da Criança e Adolescente e Estatuto do Idoso.

Anápolis, _____ de _____ de _____.

ASSISTENTE SOCIAL

ELABORADOR	CONCENSO	APROVADOR
Nome: Gremilla Nolasco Moraes Função: Assistente Social Data: 22/05/2024	Nome: Hilton Alves Sousa Junior Função: Enfermeiro Data: 22/05/2024	Nome: Alan Masahiro N. Sebata Função: Gerente Data: 22/05/2022