

ANEXO I – Orientações de Preenchimento do Mapa de Acompanhamento e Ocorrências dos motivos de descumprimento

ORIENTAÇÕES DE PREENCHIMENTO DO MAPA DE ACOMPANHAMENTO

CGAN/DAB/SAS/MS - Sistema Bolsa Família na Saúde - BFA

IDENTIFICAÇÃO DOS CAMPOS:

1. NIS - (Número de Identificação Social)
2. Nome
3. Data de nascimento
4. Data de acompanhamento (A)
5. Ocorrência Identificada - Não acompanhamento
6. Peso em kg (B)
7. Estatura em cm (B)
8. Ocorrência identificada - Não Informação Nutricional
9. Vacinação em dia? (B)
10. Ocorrência identificada - Não Vacinação
11. Informação Gestacional (C)
12. Se gestante - Realizou o Pré-Natal? (D)
13. Ocorrência identificada - Não Pré-Natal
14. DUM (D)
15. Código Familiar
16. Endereço
17. EAS
18. Profissional

LEIA COM ATENÇÃO AS ORIENTAÇÕES:

Legendas que serão vistas no cabeçalho do Mapa de Acompanhamento

- A - Preenchimento obrigatório para todos
 B - Preenchimento obrigatório para crianças
 C - Preenchimento obrigatório para mulheres
 D - Preenchimento obrigatório para gestantes

Legendas que serão vistas ao lado do nome do indivíduo

- (O) - Acompanhamento obrigatório
 (G) - Identificada como Gestante na vigência anterior
 (F) - Identificado(a) como falecido na vigência anterior

PREENCHA TODOS OS CAMPOS DENTRO DA ORDEM A SEGUIR:

- 1º Passo** - TODOS: Escreva o Estabelecimento de Saúde (EAS) e o Profissional que realizou o acompanhamento.
2º Passo - TODOS: Anote no campo Data do Acompanhamento a data que o profissional de saúde realizou o acompanhamento do indivíduo.
3º Passo - TODOS: Anote nos campos o Peso e a Estatura os dados nutricionais para todos os indivíduos acompanhados.
4º Passo - CRIANÇAS: Anote em "Ocorrência identificada no acompanhamento" uma ocorrência que justifique o NÃO preenchimento do peso e/ou altura (dados nutricionais) para as crianças (**Quadro 1**).
5º Passo - CRIANÇAS: Anote a informação sobre a Situação Vacinal (Sim = em dia ou Não = desatualizada). Caso a vacinação não esteja em dia, devem ser fornecidas as vacinas atrasadas.
6º Passo - CRIANÇAS: Anote em "Ocorrência identificada no acompanhamento" uma ocorrência para os casos de VACINAÇÃO DESATUALIZADA (vacinação = Não) (**Quadro 2**).
7º Passo - MULHERES: Anote a Situação Gestacional, SIM se está gestante e NÃO se não está gestante.
8º Passo - GESTANTES: Caso esteja gestante, informe se está fazendo o Pré-Natal e a Data da Última Menstruação (DUM). Caso a gestante não tenha tido acesso ao pré-natal ainda, encaminhá-la para iniciá-lo o quanto antes.
9º Passo - GESTANTES: Anote em "Ocorrência identificada no acompanhamento" uma ocorrência para a gestante que NÃO tenha iniciado o pré-natal (**Quadro 3**).
10º Passo - TODOS NÃO ACOMPANHADOS: Para os indivíduos não acompanhados, anote um dos motivos do não acompanhamento (**Quadro 4**).

Motivos de descumprimento das condicionalidades e de não acompanhamento:

Quadro 1 - Informações Nutricionais

1.	Condições de saúde que impedem a ida à UBS
2.	Fatos que impedem o deslocamento/acesso à UBS (enchente, falta de transporte, violência no território, etc.)
3.	Horário de atendimento na UBS inviável para o(a) beneficiário(a)
4.	Responsável/Beneficiário(a) não cumpriu as condicionalidades por questões sociais, culturais, étnicas ou religiosas
5.	Condições de saúde que dificultam a coleta dos dados nutricionais (edema, amputação, acamado(a), cadeirante, etc.)
6.	Falta de equipamentos antropométricos (balança, antropômetro, etc.)
7.	Falta de profissionais capacitados para realizar a coleta dos dados nutricionais
8.	Responsável/Beneficiário(a) foi informado (a) pessoalmente de que deveria comparecer à UBS para realizar o acompanhamento das condicionalidades de saúde, mas não o fez
9.	Houve recusa em realizar o acompanhamento das condicionalidades dentro da rotina de Atenção Básica de Saúde.
10.	Indícios de situação de risco social tal como negligência, abuso sexual, violência intrafamiliar ou outras.
11.	Responsável/Beneficiário(a) afirma que não é mais do programa

Quadro 2 - Vacinação

12.	Condições de saúde que impedem a ida à UBS
13.	Fatos que impedem o deslocamento/acesso à UBS (enchente, falta de transporte, violência no território, etc.)
14.	Horário de atendimento na UBS inviável para o (a) beneficiário (a)
15.	Responsável/Beneficiário(a) não cumpriu as condicionalidades por questões sociais, culturais, étnicas ou religiosas
16.	Responsável/Beneficiário(a) foi informado (a) pessoalmente de que deveria comparecer à UBS para realizar o acompanhamento das condicionalidades de saúde, mas não o fez
17.	Houve recusa em realizar o acompanhamento das condicionalidades dentro da rotina de Atenção Básica de Saúde.
18.	Indícios de situação de risco social tal como negligência, abuso sexual, violência intrafamiliar ou outras.
19.	Responsável/Beneficiário(a) afirma que não é mais do programa
20.	Criança com condição específica de saúde que necessita de vacina especial (CRIE)
21.	Falta de oferta de vacina ou de insumos necessários para vacinação (seringas, luvas, algodão, etc.)

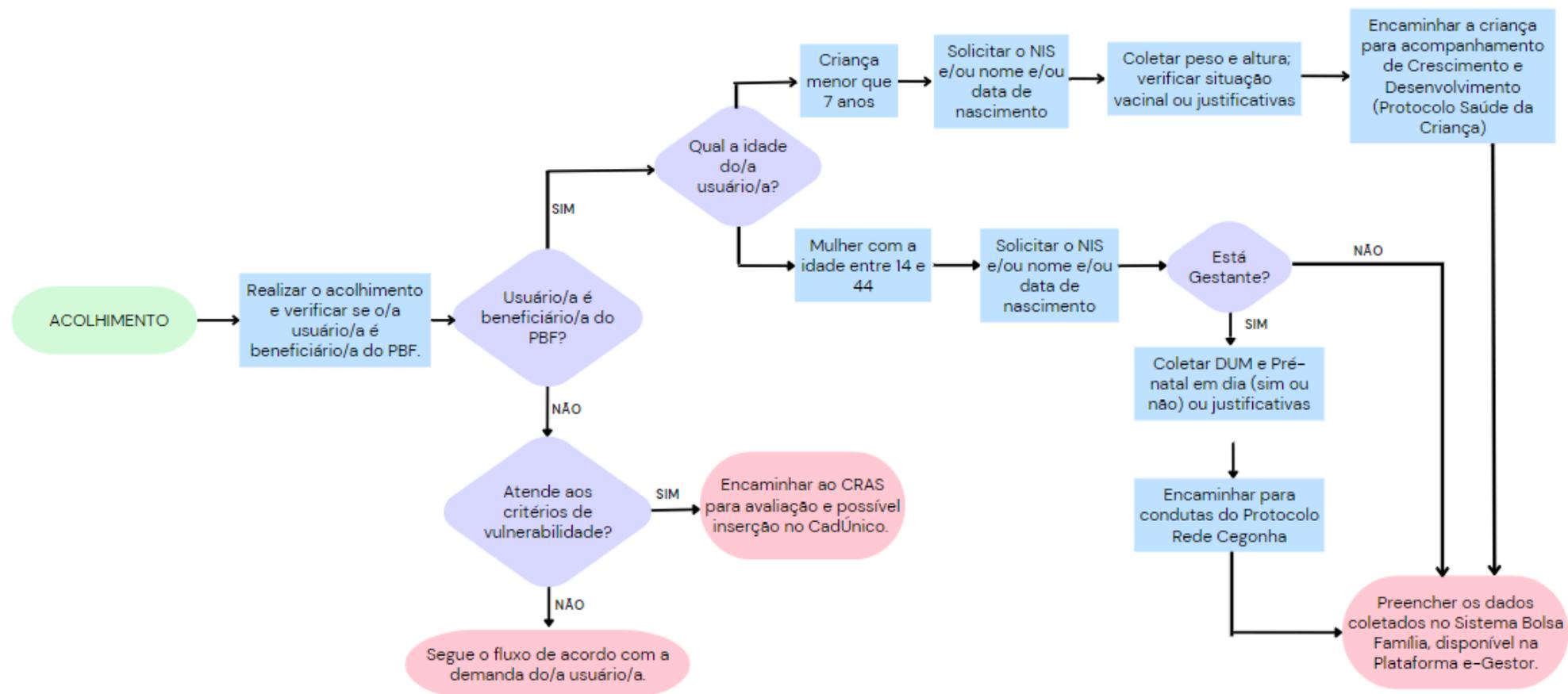
Quadro 3 - Pré-Natal

22.	Condições de saúde que impedem a ida à UBS
23.	Fatos que impedem o deslocamento/acesso à UBS (enchente, falta de transporte, violência no território, etc.)
24.	Horário de atendimento na UBS inviável para o (a) beneficiário(a)
25.	Responsável/Beneficiário(a) não cumpriu as condicionalidades por questões sociais, culturais, étnicas ou religiosas
26.	Responsável/Beneficiário(a) foi informado (a) pessoalmente de que deveria comparecer à UBS para realizar o acompanhamento das condicionalidades de saúde, mas não o fez
27.	Houve recusa em realizar o acompanhamento das condicionalidades dentro da rotina de Atenção Básica de Saúde.
28.	Indícios de situação de risco social tal como negligência, abuso sexual, violência intrafamiliar ou outras.
29.	Responsável/Beneficiário (a) afirma que a beneficiária não é mais do programa.
30.	Falta de oferta de serviço de pré-natal.

Quadro 4 - Não acompanhamento

1.	Beneficiário (a) ausente
2.	Beneficiário (a) não faz parte da família / não reside no endereço
3.	Beneficiário (a) mudou de município
4.	Falecimento do (a) beneficiário (a)
5.	Endereço incorreto/inexistente

Anexo II – Fluxo orientador do acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família (PBF)



Se a Unidade Básica **não possuir** acesso a internet, o Mapa de acompanhamento deverá ser encaminhado ao responsável pelo lançamento dos dados no Sistema (Gerente)

ANEXO III – Mapa em Branco

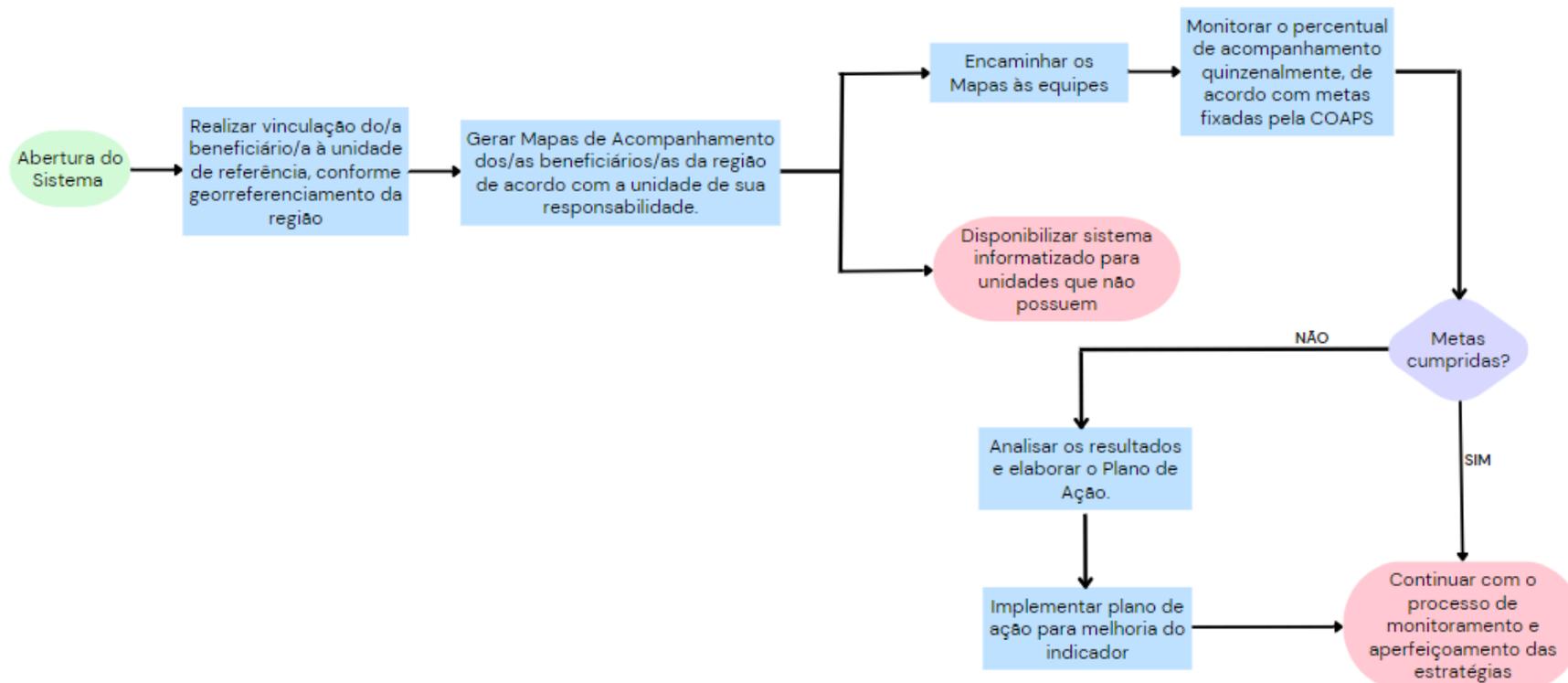
MAPA DE ACOMPANHAMENTO SISTEMA BOLSA FAMÍLIA - BFA

CGAN/DAB/SAS/MS

Município:

TODOS							CRIANÇA				MULHER				
1	2		3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
NIS (Número de Identificação Social)	CNS (Cartão Nacional de Saúde)		Nome	Data de nascimento	Data de acompanhamento (A)	Ocorrência Identificada - Não acompanhamento	Peso em kg (B)	Estatura em cm (B)	Ocorrência Identificada - Não Informação Nutricional	Vacinação em dia? (B)	Ocorrência Identificada - Não Vacinação	Informação Gestacional (C)	Se gestante - Realizou o Pré-Natal? (D)	Ocorrência Identificada - Não Pré-Natal	DUM (D)
15 - Código Familiar:	16 - Endereço:			17 - EAS:				18 - Profissional:							
1-	1.1-	2-	3-	4-	5-	6-	7-	8-	9-	10-	11-	12-	13-	14-	
1-	1.1-	2-	3-	4-	5-	6-	7-	8-	9-	10-	11-	12-	13-	14-	
1-	1.1-	2-	3-	4-	5-	6-	7-	8-	9-	10-	11-	12-	13-	14-	
1-	1.1-	2-	3-	4-	5-	6-	7-	8-	9-	10-	11-	12-	13-	14-	
15 - Código Familiar:	16 - Endereço:			17 - EAS:				18 - Profissional:							
1-	1.1-	2-	3-	4-	5-	6-	7-	8-	9-	10-	11-	12-	13-	14-	
1-	1.1-	2-	3-	4-	5-	6-	7-	8-	9-	10-	11-	12-	13-	14-	
1-	1.1-	2-	3-	4-	5-	6-	7-	8-	9-	10-	11-	12-	13-	14-	
1-	1.1-	2-	3-	4-	5-	6-	7-	8-	9-	10-	11-	12-	13-	14-	
15 - Código Familiar:	16 - Endereço:			17 - EAS:				18 - Profissional:							
1-	1.1-	2-	3-	4-	5-	6-	7-	8-	9-	10-	11-	12-	13-	14-	
1-	1.1-	2-	3-	4-	5-	6-	7-	8-	9-	10-	11-	12-	13-	14-	
1-	1.1-	2-	3-	4-	5-	6-	7-	8-	9-	10-	11-	12-	13-	14-	
1-	1.1-	2-	3-	4-	5-	6-	7-	8-	9-	10-	11-	12-	13-	14-	
15 - Código Familiar:	16 - Endereço:			17 - EAS:				18 - Profissional:							
1-	1.1-	2-	3-	4-	5-	6-	7-	8-	9-	10-	11-	12-	13-	14-	
1-	1.1-	2-	3-	4-	5-	6-	7-	8-	9-	10-	11-	12-	13-	14-	
1-	1.1-	2-	3-	4-	5-	6-	7-	8-	9-	10-	11-	12-	13-	14-	
1-	1.1-	2-	3-	4-	5-	6-	7-	8-	9-	10-	11-	12-	13-	14-	

Anexo IV – Responsabilidades GAPAPS/DIRAPS



 **TODOS OS/AS BENEFICIÁRIOS/AS obrigatórios e não obrigatórios irão aparecer no Mapa de Acompanhamento.**

ANEXO V – Passo a passo do acompanhamento

Para acessar o sistema é preciso solicitar a senha aos GAPAPS, DIRAPS ou a quem possua senha de GESTOR MUNICIPAL do PBF na Região de Saúde. Para que a senha de TÉCNICO MUNICIPAL seja gerada são necessários os seguintes dados: nome completo; data de nascimento; CPF; CEP e endereço profissional; telefone e e-mail pessoal.

Como realizar o acompanhamento das ações da saúde dos/as beneficiários/as do Programa:

- Acessar o site do sistema e-Gestor: <https://acesso-egestoraps.saude.gov.br/login>.
- Clicar em “Entrar com gov.br” como pessoa física.

e-Gestor
Atenção Básica

Bem vindo(a) ao sistema e-Gestor AB! Uma plataforma de acesso às informações dos programas, ações e estratégias do SUS no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

Pessoa Física Fundo Municipal de Saúde

Acesso Pessoa Física

Acesse as informações restritas do seu Estado e/ou Município como adesões aos programas, ações e estratégias da APS, credenciamentos de equipes, entre outros.

Entrar com gov.br

Relatórios Públicos

Clique no botão abaixo para acessar as informações públicas em Saúde para a APS.

Acessar Relatórios

Sistemas

Clique no botão abaixo para acessar os sistemas da Atenção Primária à Saúde - APS.

Acessar Sistemas

Dúvidas? Acesse o manual instrutivo!

SUS + MINISTÉRIO DA SAÚDE

- Digitar o número do **CPF** e clicar em **Continuar**. Após, digitar a **Senha**.

gov.br

Alto Contraste

VLibras



Identifique-se no gov.br com:

Número do CPF

Digite seu CPF para criar ou acessar sua conta gov.br

CPF

Digite seu CPF

Continuar

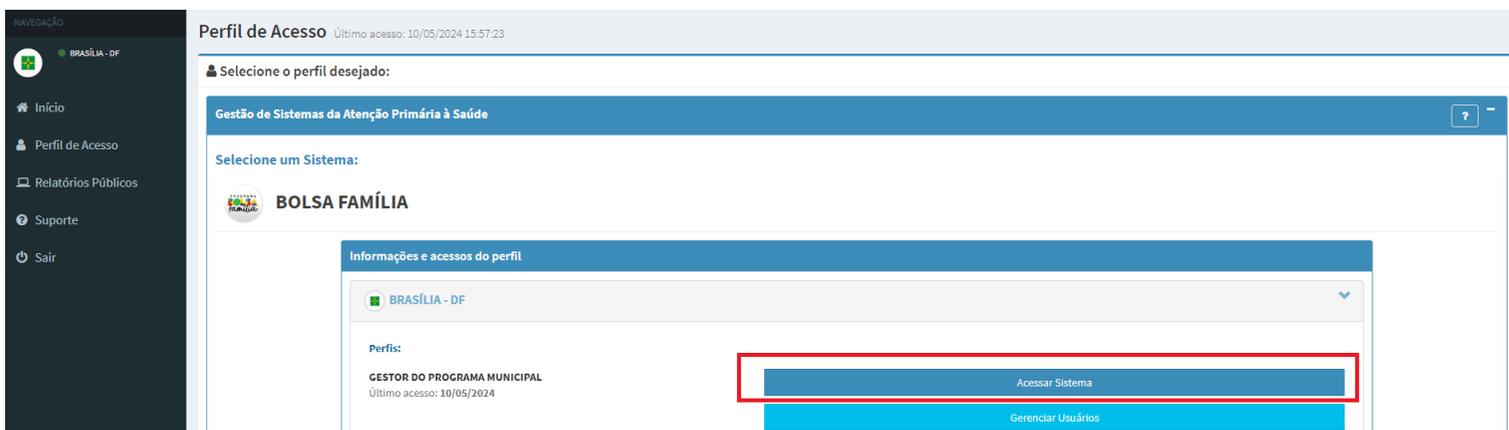
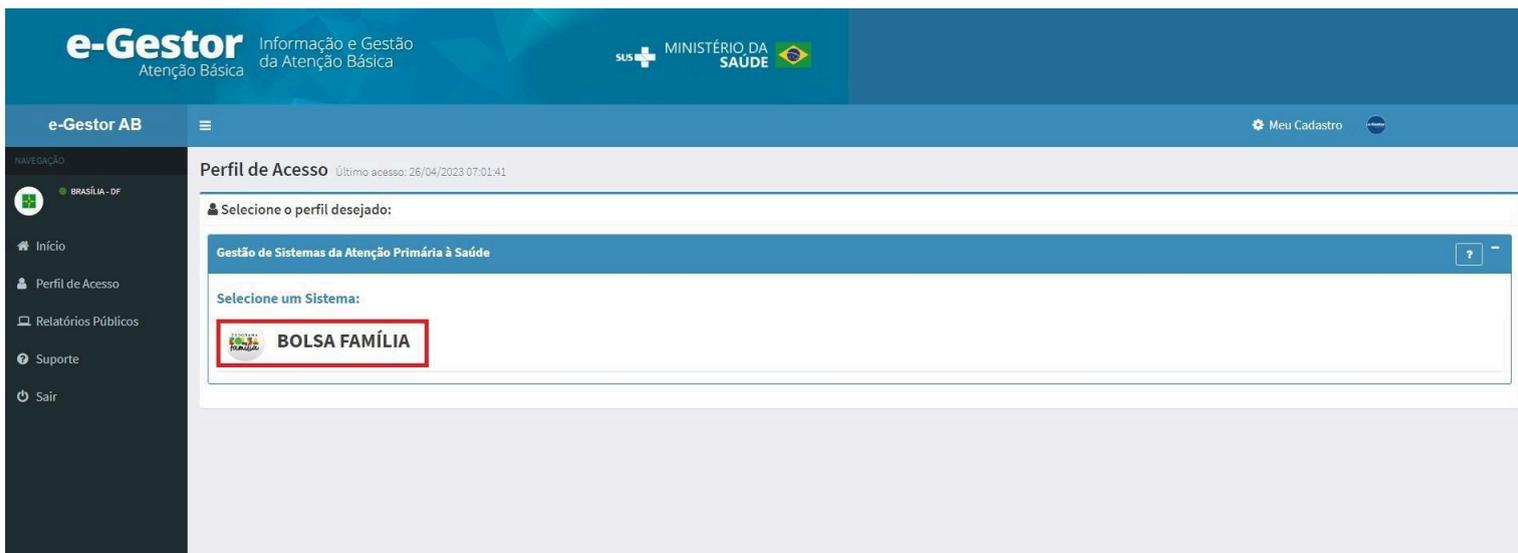
Outras opções de identificação:

- Login com seu banco
- Login com QR code
- Seu certificado digital
- Seu certificado digital em nuvem

[Entenda a conta gov.br](#)

[Termo de Uso e Aviso de Privacidade](#)

d) Acessar o módulo: Clicar em **Bolsa Família -> Brasília DF -> Acessar Sistema.**



Mapa de Acompanhamento

e) Clicar na opção **“Gerar Mapas de Acompanhamento”** ou no ícone 



f) Antes de gerar o Mapa de Acompanhamento, você pode imprimir as ‘Orientações para Preenchimento do Mapa de Acompanhamento’ e ‘Como Imprimir o Mapa de Acompanhamento’.

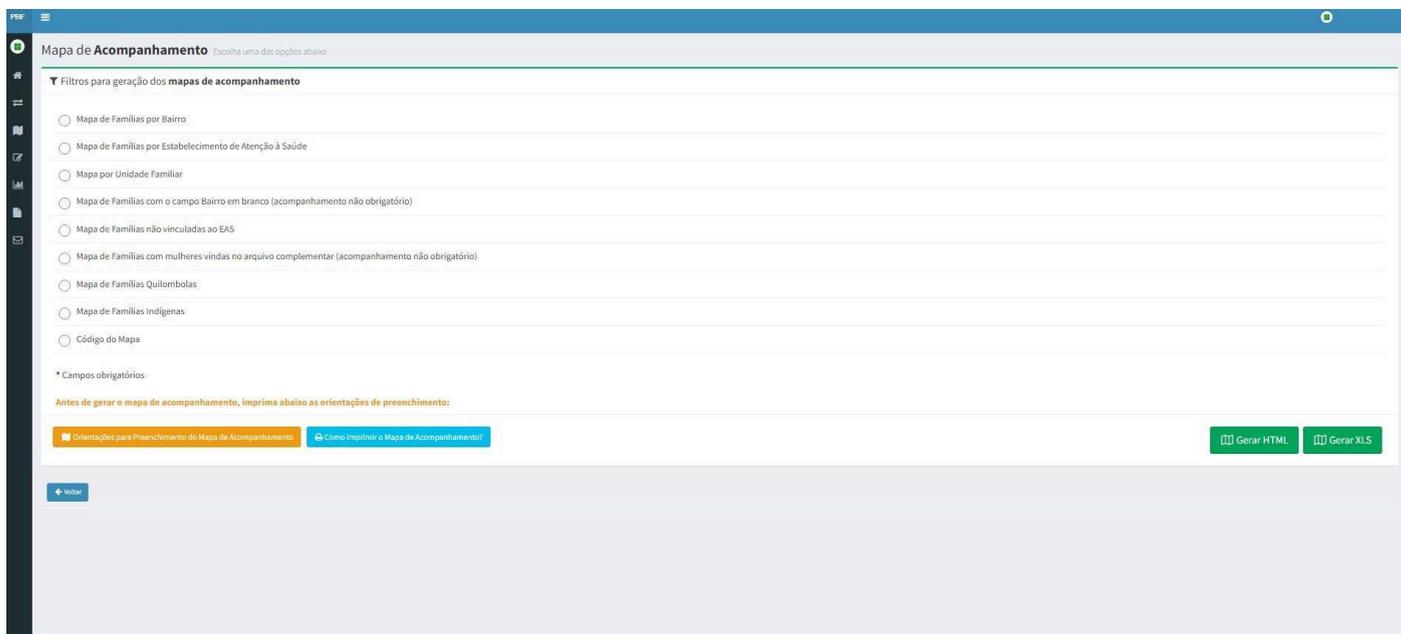
The screenshot shows the 'Mapa de Acompanhamento' interface. At the top, there are logos for 'PROGRAMA família', 'SUS', 'MINISTÉRIO DA SAÚDE', and 'GOVERNO FEDERAL'. Below the header, there is a section titled 'Mapa de Acompanhamento' with a sub-header 'Escolha uma das opções abaixo'. Underneath, there is a section 'Filtros para geração dos mapas de acompanhamento' with a list of radio button options: 'Mapa de Famílias por Bairro', 'Mapa de Famílias por Estabelecimento de Atenção à Saúde', 'Mapa por Unidade Familiar', 'Mapa de Famílias com o campo Bairro em branco (acompanhamento não obrigatório)', 'Mapa de Famílias não vinculadas ao EAS', 'Mapa de Famílias com mulheres vindas no arquivo complementar (acompanhamento não obrigatório)', 'Mapa de Famílias Quilombolas', 'Mapa de Famílias Indígenas', and 'Código do Mapa'. Below the list, there is a note '* Campos obrigatórios'. At the bottom of the filter section, there is a red-bordered box containing the text 'Antes de gerar o mapa de acompanhamento, imprima abaixo as orientações de preenchimento:' and two buttons: 'Orientações para Preenchimento do Mapa de Acompanhamento' and 'Como Imprimir o Mapa de Acompanhamento?'. To the right of this box, there is another red-bordered box containing two buttons: 'Gerar HTML' and 'Gerar XLS'.

g) A opção mais utilizada para geração de mapas de acompanhamento é: ‘Mapa de Famílias por Estabelecimento de Atenção à Saúde’.

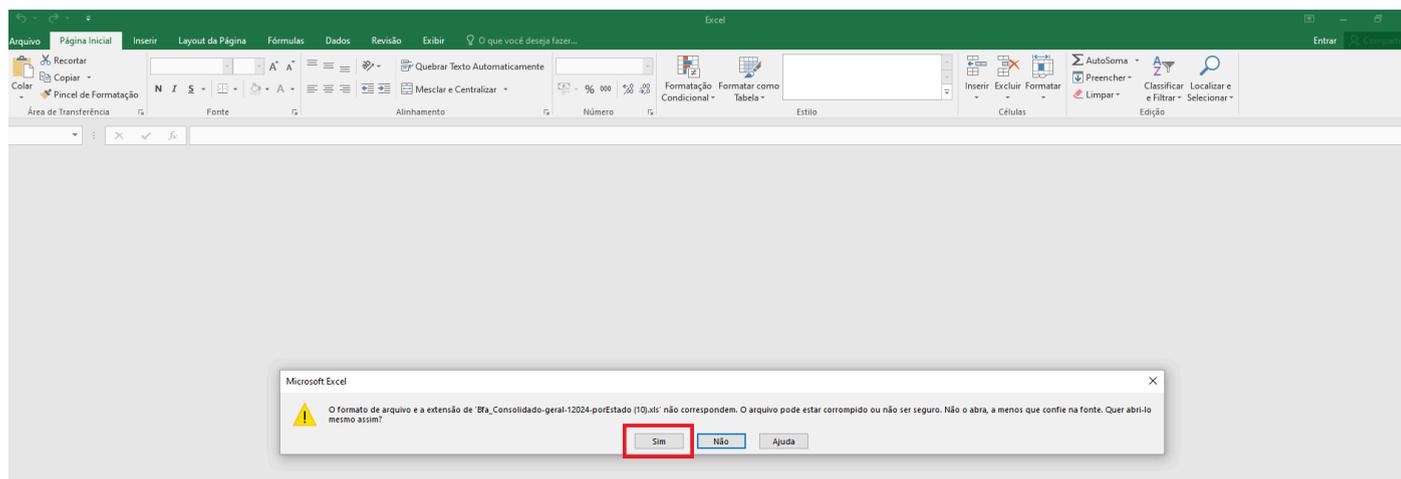
h) **Mapa de Famílias por Estabelecimento de Atenção à Saúde:** Clicar em Mapa de Famílias por Estabelecimento de Atenção à Saúde. Em seguida, selecione o ‘Estabelecimento’, o ‘Profissional’ (se necessário. Não é obrigatório) e a ‘Situação do Acompanhamento’ (Os mapas têm 3 opções de **situações de acompanhamento: indivíduos a serem acompanhados** (sem informação. Este é o **mais utilizado**); indivíduos não acompanhados (com motivo de não acompanhamento); e todos indivíduos. Clicar em “Gerar XLS” ou “Gerar HTML”. **NÃO APERTE NO “OK” QUE SURGIRÁ NA MENSAGEM EM TELA.**

The screenshot shows the 'Mapa de Acompanhamento' interface with the 'Mapa de Famílias por Estabelecimento de Atenção à Saúde' option selected. Below the filter section, there is a section titled 'Mapa de Famílias por Estabelecimento de Atenção à Saúde' with two dropdown menus: 'Selecione um estabelecimento: *' (with 'VIBS QL RECANTO DAS EMAS' selected) and 'Selecione o profissional: *' (with 'SELECIONE' selected). Below this, there is a section titled 'Situação do acompanhamento' with a dropdown menu: 'Selecione a situação de acompanhamento: *' (with 'INDIVÍDUOS A SEREM ACOMPANHADOS (SEM INFORMAÇÃO)' selected). At the bottom of the form, there is a note '* Campos obrigatórios' and the same text and buttons as in the previous screenshot: 'Antes de gerar o mapa de acompanhamento, imprima abaixo as orientações de preenchimento:', 'Orientações para Preenchimento do Mapa de Acompanhamento', 'Como Imprimir o Mapa de Acompanhamento?', 'Gerar HTML', and 'Gerar XLS'.

i) O navegador irá gerar um arquivo em Excel (Na opção XLS) que poderá ser localizado nos *downloads*. Clique no arquivo para abrir o Mapa de Acompanhamento em Excel ou HTML.



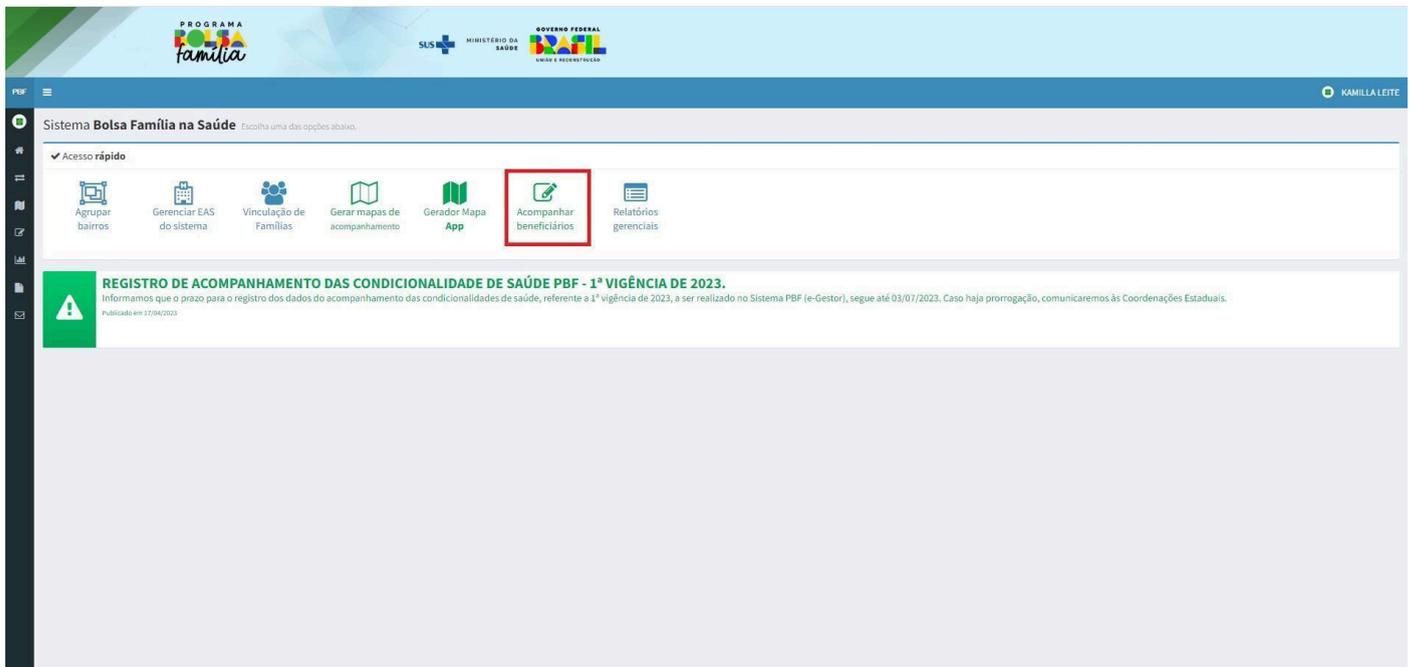
j) No momento de abertura do arquivo aparecerá a seguinte mensagem: “(...) Não o abra, a menos que confie na fonte. Quer abri-lo mesmo assim?” Clicar na opção SIM.



k) Realizar atendimento/visita às famílias beneficiárias com perfil na saúde e preencher os dados no “Mapa de Acompanhamento”.

Acompanhar Beneficiários/as

l) Para registro do acompanhamento realizado, clicar na opção **“Acompanhar Beneficiários”** ou no ícone .



PROGRAMA família

SUS+ MINISTÉRIO DA SAÚDE GOVERNO FEDERAL UNIÃO E RECONSTITUIÇÃO

PBF KAMILLA LEITE

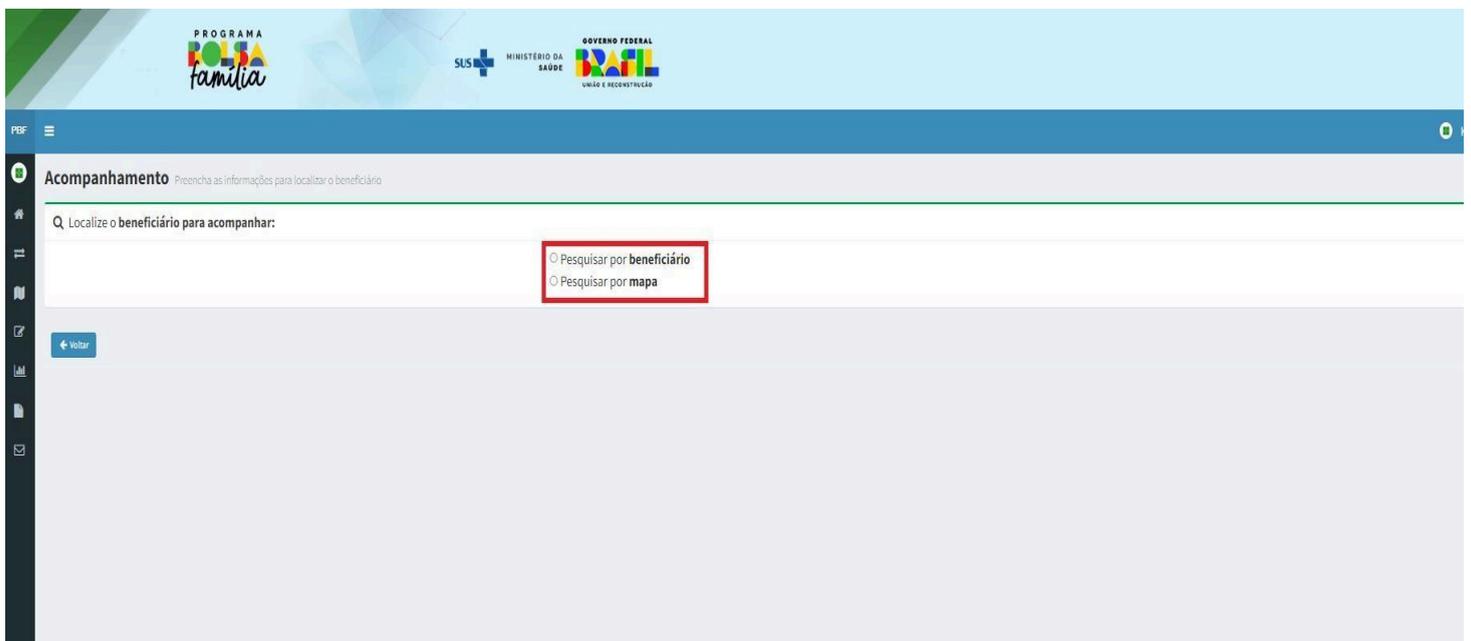
Sistema Bolsa Família na Saúde Escolha uma das opções abaixo.

✓ Acesso rápido

- Agrupar bairros
- Gerenciar EAS do sistema
- Vinculação de Famílias
- Gerar mapas de acompanhamento
- Gerador Mapa App
- Acompanhar beneficiários**
- Relatórios gerenciais

REGISTRO DE ACOMPANHAMENTO DAS CONDICIONALIDADE DE SAÚDE PBF - 1ª VIGÊNCIA DE 2023.
Informamos que o prazo para o registro dos dados do acompanhamento das condicionalidades de saúde, referente à 1ª vigência de 2023, a ser realizado no Sistema PBF (e-Gestor), segue até 03/07/2023. Caso haja prorrogação, comunicaremos às Coordenações Estaduais.
PUB05486-WH-12/04/2023

m) O acompanhamento pode ser feito por ‘Beneficiário’ ou por ‘Mapa’.



PROGRAMA família

SUS+ MINISTÉRIO DA SAÚDE GOVERNO FEDERAL UNIÃO E RECONSTITUIÇÃO

PBF

Acompanhamento Preencha as informações para localizar o beneficiário

Localize o beneficiário para acompanhar:

Pesquisar por beneficiário

Pesquisar por mapa

Voltar

n) Por Beneficiário/a: digitar o NIS e/ou Nome e/ou Data de Nascimento do/a beneficiário/a e, em seguida, clicar no item “Pesquisar”.

PROGRAMA família

SUS+ MINISTÉRIO DA SAÚDE GOVERNO FEDERAL UNIÃO E RECONSTITUIÇÃO

PEF

Acompanhamento Preencha as informações para localizar o beneficiário

Q Localize o beneficiário para acompanhar:

Pesquisar por beneficiário
 Pesquisar por mapa

NIS: Número Identificação Social

Nome: Nome do indivíduo a ser localizado

Data de Nascimento: DD/MM/YYYY

Pesquisar

Voltar

o) Em “Ações”, clique no ícone  para fazer o acompanhamento do/a beneficiário/a. Para acessar os/as demais membros/as da família”, clique no ícone  .

PROGRAMA família

SUS+ MINISTÉRIO DA SAÚDE GOVERNO FEDERAL UNIÃO E RECONSTITUIÇÃO

PEF

Acompanhamento Preencha as informações para localizar o beneficiário

Q Localize o beneficiário para acompanhar:

Pesquisar por beneficiário
 Pesquisar por mapa

NIS: Número Identificação Social

Nome:

Data de Nascimento: DD/MM/YYYY

Pesquisar

Resultado da pesquisa:

Legenda: Ajustar Colunas Copiar Colunas Imprimir Exportar Excel Acompanhar Acompanhamento Familiar

Nome	Data de Nascimento	Sexo	NIS	Acompanhado?	Ações
					 

Mostrando de 1 até 1 de 1 registros

Legenda: **SIM** - Acompanhado, **NÃO** - Não acompanhado com motivo de não acompanhamento, **SEM INFORMAÇÃO** - Não acompanhado

Voltar

p) O sistema disponibilizará o “Acompanhamento do Beneficiário” que permitirá a inserção das informações de acompanhamento do/a usuário/a selecionado/a (data do acompanhamento, peso, altura e vacinação em dia para crianças menores de 7 anos; se a pessoa entre 14 e 44 anos é ou não gestante, se gestante: situação do pré-natal e data da última menstruação).

PROGRAMA família

SUS+ MINISTÉRIO DA SAÚDE GOVERNO FEDERAL UNIDADE E RECONSTRUÇÃO

Acompanhamento do beneficiário

Q Dados do beneficiário:

NIS:
Nome:
Data de Nascimento: Idade:
Sexo:
Endereço:

Q DATA DO ACOMPANHAMENTO:

Informe a data do acompanhamento: '
DD/MM/AAAA

Para iniciar o acompanhamento informe a DATA DO ACOMPANHAMENTO

Caso o/a beneficiário/a não esteja vinculado/a é necessário selecionar a unidade de atendimento e o/a profissional (opcional) para vinculação.

q) Para beneficiários/as não acompanhados/as e/ou sem dados nutricionais e/ou vacinação que não esteja em dia e/ou não realização do pré-natal, selecionar o '**Motivo**' da ocorrência.

r) Após a digitação dos dados do acompanhamento, clique em “Salvar Acompanhamento”.

EXEMPLOS

- Beneficiário/a não acompanhado

Acompanhamento do beneficiário

Q Dados do beneficiário:

NIS:
Nome:
Data de Nascimento: 24/04/89 Idade: 29 anos e 3 meses
Sexo: FEMININO
Endereço: QNP32 SN

Q DATA DO ACOMPANHAMENTO:

Informe a data do acompanhamento: *
01/08/2018

Informações do acompanhamento

Beneficiário acompanhado? *
NÃO

Motivo / Ocorrência: *
4 - Falecimento do (a) beneficiário (a)

Salvar Acompanhamento

[Voltar](#)

- Pessoa não gestante

Acompanhamento do beneficiário

Q Dados do beneficiário:

NIS:
Nome:
Data de Nascimento: 14/06/1994 Idade: 29 anos e 3 meses
Sexo: FEMININO
Endereço:

Q DATA DO ACOMPANHAMENTO:

Informe a data do acompanhamento: *
20/09/2023

Dados de Identificação

Informe o CNS do beneficiário: (opcional)
70050936120457

Dados do Estabelecimento e Profissional

Estabelecimento (EAS): *
UBS 24 CELANDIA

Profissional responsável pelo atendimento:
-SELECIONE-

Informações Nutricionais

Não desejo informar peso e altura

Informações da Mulher

É gestante? *
NÃO

Salvar Acompanhamento

[Voltar](#)

- Pessoa gestante com pré-natal em dia

Acompanhamento do beneficiário

Q Dados do beneficiário:

NIS:
Nome: 1
Data de Nascimento: Idade: 29 anos e 3 meses
Sexo: FEMININO
Endereço: ,

Q DATA DO ACOMPANHAMENTO:

Informe a data do acompanhamento: *
20/09/2023

Dados de Identificação

Informe o CNS do beneficiário: (opcional)
70050936120457

Dados do Estabelecimento e Profissional

Estabelecimento (EAS): *
UBS 24 CELANDIA

Profissional responsável pelo atendimento:
-SELECIONE-

Informações Nutricionais

Não desejo informar peso e altura

Informações da Mulher

É gestante? *
SIM

DUIM: *
13/09/2023

Teve acesso ao Pré-Natal? *
SIM

Salvar Acompanhamento

- Pessoa gestante sem o pré- natal em dia

Acompanhamento do beneficiário

Q Dados do beneficiário:

NIS:
Nome:
Data de Nascimento: Idade: 33 anos e 10 meses
Sexo: FEMININO
Endereço:

Q DATA DO ACOMPANHAMENTO:

Informe a data do acompanhamento: *
20/09/2023

Dados de Identificação

Informe o CNS do beneficiário: (Opcional)
700508125483756

Dados do Estabelecimento e Profissional

Estabelecimento (EAS): *
UBS 1 PARANÁ

Profissional responsável pelo atendimento:
-SELECIONE-

Informações Nutricionais

Não desejo informar peso e altura

Informações da Mulher

É gestante? *
SIM

DUM: *
04/09/2023

Teve acesso ao Pré-Natal? *
NÃO

Motivo / Ocorrência: *
22 - Condições de saúde que impedem a ida à UBS

[Salvar Acompanhamento](#)

- Criança com dados nutricionais e vacinação em dia

Q Dados do beneficiário:

NIS:
Nome:
Data de Nascimento: Idade: 4 anos e 7 meses
Sexo: FEMININO
Endereço:

Q DATA DO ACOMPANHAMENTO:

Informe a data do acompanhamento: *
20/09/2023

Dados de Identificação

Informe o CNS do beneficiário: (Opcional)
707802659001019

Dados do Estabelecimento e Profissional

Estabelecimento (EAS): *
UBS 16 CELANDIA

Profissional responsável pelo atendimento:
-SELECIONE-

Informações Nutricionais

Dado nutricional coletado? *
SIM

Peso: 20kg
20
Peso mínimo: 6.5 Peso máximo: 38.8

Altura: 100cm
100
Altura mínimo: 77.6 Altura máxima: 138.7

Informações da Criança

Vacinação em Dia? *
SIM

[Salvar Acompanhamento](#)

- Criança sem dados nutricionais e sem vacinação em dia

Q. Dados do beneficiário:		Q. DATA DO ACOMPANHAMENTO:	
NIS: Nome: Data de Nascimento: Idade: 4 anos e 7 meses Sexo: FEMININO Endereço:		Informe a data do acompanhamento: * 20/09/2023	
Dados de Identificação			
Informe o CNS do beneficiário: (Opcional) 707802659001013			
Dados do Estabelecimento e Profissional			
Estabelecimento (EAS): * UBS 16 CEILANDIA			
Profissional responsável pelo atendimento: -SELECIONE-			
Informações Nutricionais			
Dado nutricional coletado? * NÃO			
Motivo / Ocorrência: * 1 - Condições de saúde que impedem a ida à UBS			
Informações da Criança			
Vacinação em Dia? * NÃO			
Motivo / Ocorrência: * 12 - Condições de saúde que impedem a ida à UBS			
Salvar Acompanhamento			

ANEXO VI

REFERÊNCIA DA APS PARA AS PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE E EGRESSAS DOS SISTEMA PRISIONAL E DO SISTEMA SOCIOEDUCATIVO

Situação do Núcleo Familiar	Referência da APS para o acompanhamento das condicionalidades de saúde do BPF	Equipe apoiadora ao acompanhamento das condicionalidades de saúde do BPF	Mudança de titularidade do(a) beneficiário(a) do BPF
Família com pessoa privada de liberdade (maior de 18 anos) no regime provisório	UBS do território da residência do núcleo familiar	UBSP do Regime Provisório (lançamento das informações do acompanhamento de saúde no E-SUS)	Após 90 dias, se a prisão provisória permanecer, orientar e encaminhar a família ao CRAS do território da residência do núcleo familiar
Família com pessoa privada de liberdade (maior de 18 anos) no regime fechado	UBS do território da residência do núcleo familiar	UBSP do Regime Fechado (lançamento das informações do acompanhamento de saúde no E-SUS)	Orientar e encaminhar a família ao CRAS do território da residência do núcleo familiar
Família com pessoa privada de liberdade (maior de 18 anos) no regime semiaberto	UBS do território da residência do núcleo familiar	UBSP do Regime Semiaberto (lançamento das informações do acompanhamento de saúde no E-SUS)	O titular privado de liberdade poderá sacar mensalmente o benefício ou transferir a titularidade a outro membro da família diretamente no CRAS
Família com pessoa em situação de Prisão Domiciliar	UBS do território da residência do núcleo familiar	-	CRAS do território da residência do núcleo familiar
Egressos do Sistema Prisional do DF	UBS do território da residência do núcleo familiar, Residência Terapêutica ou da Unidade de Acolhimento	-	CRAS do território da residência do núcleo familiar Escritório Social do Egresso (FUNAP/SEJUS)
Adolescente em medida socioeducativa (modalidade internação)	UBS do território da residência do núcleo familiar	Equipe de Saúde de referência para a Unidade Socioeducativa de Internação (lançamento das informações do acompanhamento de saúde no E-SUS)	CRAS do território da residência do núcleo familiar
Adolescente em medida	UBS do território da	Equipe de Saúde de	CRAS do território da

socioeducativa (modalidade semiaberto)	residência do núcleo familiar	referência para a Unidade Socioeducativa semiaberto (lançamento das informações do acompanhamento de saúde no E-SUS)	residência do núcleo familiar
Egressos das medidas socioeducativas no DF	UBS do território da residência do núcleo familiar ou da Unidade de Acolhimento	-	CRAS do território da residência do núcleo familiar

Fonte: GESSP/DAEAP/COAPS/SAIS e GASPVP/DAEAP/COAPS/SAIS. Março, 2024.

Obs: Em casos excepcionais, quando o/a titular do benefício se encontra em situação de privação de liberdade e não for possível a transferência de titularidade a outro membro do núcleo familiar, conforme recomendação desta Nota Técnica, sugere-se estudo de caso entre as equipes de saúde, equipe do sistema prisional e da rede socioassistencial para avaliação de solução sobre o saque do benefício, no caso concreto.