

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL
Secretaria Nacional de Assistência Social

PRONTUÁRIO SUAS

SERVIÇOS DE
ACOLHIMENTO PARA
CRIANÇAS E
ADOLESCENTES



EXPEDIENTE

Ministério do Desenvolvimento Social (MDS) | Alberto Beltrame
Secretaria Nacional de Assistência Social (SNAS) | Maria do Carmo Brant de Carvalho
Departamento de Gestão do SUAS (DGSUAS) | Allan Camello da Silva
Coordenação-Geral de Planejamento e Vigilância Socioassistencial (CGPVS/DGSUAS) | Marcos Maia Antunes

CRÉDITOS

Supervisão

Allan Camello da Silva
Luís Otávio Pires Farias
Marcos Maia Antunes

Elaboração do Instrumento

Viviane de Souza Ferro

Colaboração Técnica

Ana Angelica Campelo de Albuquerque e Melo
Cinthia Barros dos Santos Miranda
Fernando Fúvio Ariclê Bento e Lima
Juliana Maria Fernandes Pereira
Luís Otávio Pires Farias
Mariana de Sousa Machado Neris
Niusarete Margarida de Lima
Paulo Eugênio Clemente Junior
Raquel Carvalho Pinheiro
Thaís de Freitas Moraes
Walkyria Porto Duro

Revisão dos Formulários:

Eduardo Monteiro Martins
Raquel Carvalho Pinheiro

Editoração

Coordenação de Processos Comunicacionais em Rede
Ana Cristina Rodrigues Barbosa (Estagiária)
Eduardo Monteiro Martins

Apoio e Agradecimento

Departamento de Proteção Social Especial (DPSE/SNAS/MDS)
Unidades de Acolhimento Institucional que encaminharam contribuição para validação do instrumento:
Distrito Federal, Espírito Santo, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, Pará, Paraíba, Paraná,
Pernambuco, Rio Grande do Sul, Rondônia, Santa Catarina e São Paulo.

Esta publicação é resultado de Consultoria Técnica proveniente do PROJETO PNUD/BRA12/006, Contrato nº 2014/000529, e executada pela Coordenação-Geral de Planejamento e Vigilância Socioassistencial (CGPVS/DGSUAS/SNAS/MDS).

Brasília, dezembro de 2018.



LISTA DE FICHAS

- FICHA A – Identificação da Criança/Adolescente
- FICHA B – Circunstâncias do Acolhimento
- FICHA C – Histórico de Acolhimento
- FICHA D – Documentação da Criança/Adolescente – Recebida e Devolvida
- FICHA E – Documentação Família/Responsável – Recebida e Devolvida
- FICHA F – Desenvolvimento – Criança/Adolescente
- FICHA G – Condições de Saúde – Criança/Adolescente
- FICHA H – Planilha para Controle de Medicação
- FICHA I – Condições de Saúde – Família/Responsável
- FICHA J – Condições Educacionais – Criança e Adolescente em Idade Escolar
- FICHA L – Condições Habitacionais dos Pais/Responsáveis
- FICHA M – Convivência Familiar e Comunitária
- FICHA N – Acompanhamento e Planejamento das Atividades com Crianças/Adolescentes e Famílias/Responsáveis
- FICHA O – Acesso a Benefícios Socioassistenciais e Inclusão em Programa de Transferência de Renda
- FICHA P – Participação em Serviços, Programas e Projetos – Criança/Adolescente
- FICHA Q – Profissionalização - Adolescente
- FICHA R – Acompanhamento de Saídas da Criança e Adolescente da Unidade
- FICHA S – Formulário de Encaminhamento
- FICHA T – Acompanhamento dos Encaminhamentos
- FICHA U – Ofícios, Relatórios e Declarações – Recebidos e Recebidos

APRESENTAÇÃO

O **Prontuário SUAS – Acolhimento para Crianças e Adolescentes** é mais um avanço na consolidação da política de Assistência Social, sedimentando, em conjunto com o **Prontuário SUAS – CRAS/CREAS**, os registros nacionais sobre o trabalho social com famílias para o aprimoramento da qualidade dos serviços ofertados. Esse instrumento reflete um modelo de atenção às crianças e aos adolescentes instituído por uma perspectiva da proteção integral calcada na Constituição Federal Brasileira, no Estatuto da Criança e do Adolescente e nas Orientações Técnicas: Serviços de Acolhimento para Crianças e Adolescentes. O presente documento é resultado de um grande esforço do Ministério do Desenvolvimento Social – MDS no sentido da padronização dos registros de atendimento.

No ano de 2012, o MDS, por meio da Coordenação-Geral dos Serviços de Planejamento e Vigilância Socioassistencial, do Departamento de Gestão do SUAS, da Secretaria Nacional de Assistência Social (CGPVS/DGSUAS/SNAS), lançou o Prontuário SUAS destinado à utilização dos profissionais dos Centros de Referência de Assistência Social – CRAS e dos Centros de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS, o que representou um grande marco no amadurecimento e consolidação da Política de Assistência Social, uma vez que o Prontuário SUAS – CRAS/CREAS se constitui como um instrumento nacional de registro do trabalho social com famílias.

O Prontuário SUAS – CRAS/CREAS resultou de uma parceria realizada com o Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Carelli da Fundação Oswaldo Cruz (Claves/Fiocruz) que se propôs a pensar formas e estratégias de produção, organização e padronização de registro de informações relacionadas ao trabalho social com famílias nos CRAS e CREAS, por meio do Serviço de Proteção e Atendimento Integrado à Família – PAIF e do Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos – PAEFI.

O Termo de Cooperação entre os dois órgãos – MDS e Claves/Fiocruz, contemplou, também, o *Levantamento Nacional das Crianças e Adolescentes em Serviços de Acolhimento* que, além de atender aos compromissos assumidos pelo MDS no âmbito do Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária, permitiu a construção de um caminho a ser trilhado na garantia de direitos das crianças e adolescentes em serviços de acolhimento.

Os serviços de acolhimento para crianças e adolescentes integram o Sistema Único de Assistência Social e se caracterizam como serviços de Proteção Social Especial de Alta Complexidade, reconhecidos pela Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais (Resolução nº 109, de 11 de novembro de 2009).

Conforme a Tipificação Nacional, de forma geral, os serviços de acolhimento podem ser compreendidos como sendo:

Acolhimento em diferentes tipos de equipamentos, destinado a famílias e/ou indivíduos com vínculos familiares rompidos ou fragilizados, a fim de garantir proteção integral. A organização do serviço deverá garantir privacidade, o respeito aos costumes, às tradições e à diversidade de: ciclos de vida, arranjos familiares, raça/etnia, religião, gênero e orientação sexual. O atendimento prestado deve ser personalizado e em pequenos grupos e favorecer o convívio familiar e comunitário, bem como a utilização dos equipamentos e serviços disponíveis na comunidade local. As regras de gestão e de convivência deverão ser construídas de forma participativa e coletiva, a fim de assegurar a autonomia dos usuários, conforme perfis. Deve funcionar em unidade inserida na comunidade com características residenciais, ambiente acolhedor e estrutura física adequada, visando o desenvolvimento de relações mais próximas do ambiente familiar. As edificações devem ser organizadas de forma a atender aos requisitos previstos nos regulamentos existentes e às necessidades dos usuários, oferecendo condições de habitabilidade, higiene, salubridade, segurança, acessibilidade e privacidade (p. 44).

Especificamente para crianças e adolescentes, o mesmo documento coloca o serviço de acolhimento como sendo:

Acolhimento provisório e excepcional para crianças e adolescentes de ambos os sexos, inclusive crianças e adolescentes com deficiência, sob medida de proteção (Art. 98 do Estatuto da Criança e do Adolescente) e em situação de risco pessoal e social, cujas famílias ou responsáveis encontrem-se temporariamente impossibilitados de cumprir sua função de cuidado e proteção. As unidades não devem distanciar-se excessivamente, do ponto de vista geográfico e socioeconômico, da comunidade de origem das crianças e adolescentes atendidos. Grupos de crianças e adolescentes com vínculos de parentesco – irmãos, primos, etc., devem ser atendidos na mesma unidade. O acolhimento será feito até que seja possível o retorno à família de origem (nuclear ou extensa) ou colocação em família substituta. O serviço deverá ser organizado em consonância com os princípios, diretrizes e orientações do Estatuto da Criança e do Adolescente e das “Orientações Técnicas: Serviços de Acolhimento para Crianças e Adolescentes” (p. 44).

A execução e a gestão dos serviços de acolhimento para crianças e adolescentes é, como dito anteriormente, de responsabilidade da Política de Assistência Social, contudo, é necessário sublinhar que esses serviços compõem o conjunto de medidas protetivas elencadas no ECA, descritas no art. 101. Tais medidas são aplicáveis nas situações em que os pais ou responsáveis estejam temporariamente impossibilitados de cumprir sua função de cuidado e proteção, até que seja viabilizada a reintegração familiar ou, na sua impossibilidade, a colocação em família substituta.

Os serviços de acolhimento devem manter registro de todo o período de acolhimento das crianças e adolescentes, como consta no inciso XX do artigo 94 do ECA:

As entidades que desenvolvem programas de internação têm as seguintes obrigações: (...)
XX – manter arquivo de anotações onde constem data e circunstâncias do atendimento, nome do adolescente, seus pais ou responsável, parentes, endereços, sexo,

idade, acompanhamento da sua formação, relação de seus pertences e demais dados que possibilitem a sua identificação e a individualização do atendimento.

Tendo como direcionamento a legislação mencionada acima e dando continuidade aos objetivos de, progressivamente, ofertar à rede socioassistencial modelos de instrumentos padronizados nacionalmente para a oferta qualificada dos serviços, a Secretaria Nacional de Assistência Social - SNAS disponibiliza o **Prontuário SUAS – Acolhimento para Crianças e Adolescentes** em sua versão física.

O **Prontuário SUAS – Acolhimento para Crianças e Adolescentes** é um instrumento técnico que visa organizar e qualificar o conjunto de informações necessárias ao diagnóstico, planejamento e acompanhamento do trabalho social relativas a crianças/adolescentes e de suas relações familiares e afetivas. A partir do prontuário, a história do usuário e sua relação com os serviços socioassistenciais são devidamente registradas e guardadas.

O **Prontuário SUAS – Acolhimento para Crianças e Adolescentes** pretende apoiar, ainda, a oferta de cuidados de qualidade e a proteção ao desenvolvimento e aos direitos da criança e do adolescente durante o período de acolhimento. Além disso, visa a preservação da convivência comunitária, o fortalecimento dos vínculos e do convívio saudável com a família de origem. O Prontuário favorece também o adequado diagnóstico, o acompanhamento e o planejamento das ações a serem realizadas com as crianças e os adolescentes, e favorece também o acompanhamento da situação familiar, a preparação para o desligamento e acompanhamento após o desligamento.

São princípios norteadores do **Prontuário SUAS – Acolhimento para Crianças e Adolescentes**: a garantia dos direitos e do superior interesse da criança e do adolescente; a atenção às especificidades; o respeito à diversidade e não discriminação; a excepcionalidade e a temporalidade dos serviços de acolhimento; a incompletude institucional, que reflete a necessidade do trabalho em articulação com a rede socioassistencial e intersetorial; a participação da criança, do adolescente e da família nas informações registradas sobre si; e o sigilo e adequada guarda das informações.

O presente Prontuário é composto por um conjunto de fichas independentes entre si e destinadas ao registro da rotina individual de cada criança e adolescente em serviço de acolhimento. Não se trata, portanto, de um caderno ou uma caderneta. Os profissionais utilizarão apenas as fichas que se aplicam a determinada criança ou adolescente. Um exemplo seria a ficha destinada às condições educacionais, que não se aplica a recém-nascidos. Nessa perspectiva, o **Prontuário SUAS – Acolhimento para Crianças e Adolescentes** não deve ser utilizado como um cadastro ou um questionário a ser aplicado de uma única vez com a família. Toda informação anotada/registrada deve ser fruto do processo natural de diálogo e de escuta qualificada que são próprios ao trabalho realizado na unidade.

O **Prontuário SUAS – Acolhimento para Crianças e Adolescentes** é de corresponsabilidade dos profissionais de nível superior da equipe técnica de referência das unidades de acolhimento e dos profissionais de nível médio, considerando os princípios éticos e as atribuições privativas das categorias profissionais. Dessa forma, algumas fichas são de preenchimento exclusivo da equipe de referência da unidade de acolhimento e as fichas de preenchimento dos educadores/auxiliar de educadores e cuidadores/auxiliar de cuidadores devem ocorrer mediante orientação do coordenador da unidade (ou função congênere) e profissionais da equipe técnica de nível superior.

Até a sua versão final, este instrumento cumpriu etapas executadas por meio de Consultoria Técnica¹: a) levantamento e análise de normativas e documentos referentes aos registros de informações pertinentes aos procedimentos de acolhimento de crianças e adolescentes; b) análise de documentos técnicos referentes aos registros de informações pertinentes ao processo de acolhimento de crianças e adolescentes e visitas técnicas realizadas em 12 (doze) unidades de acolhimento em diferentes regiões do Brasil - foram analisadas 111 fichas de prontuário individualizado (total de 589 informações) e 531 fichas do Plano Individual de Acolhimento – PIA (total de 531 informações); c) elaboração da versão preliminar do Prontuário e; d) validação do instrumento.

A validação do **Prontuário SUAS – Acolhimento para Crianças e Adolescentes** contou com a avaliação de profissionais (coordenadores, psicólogos e assistentes sociais) que atuam diretamente nos serviços de acolhimento em todo o país.

Para essa etapa foi proposta a realização de uma avaliação *online*, em que foram selecionadas 250 unidades de acolhimento com base nos seguintes aspectos: a) contemplar todas as regiões brasileiras; b) abranger todos os portes populacionais; c) incluir todas as modalidades de acolhimento institucional; d) abranger serviços de natureza governamental e não governamental (organização da sociedade civil – OSC); e) utilizar prontuário individualizado; e f) utilizar o Plano Individual de Acolhimento – PIA.

Ao final, 12 (doze) estados e o Distrito Federal (DF) participaram da etapa de validação, sendo 43 municípios e o DF e 57 unidades de acolhimento - 36 abrigos institucionais, 17 casas lares - 4 sem especificação de modalidade; 19 governamentais, 33 não governamentais – 5 sem especificação de natureza.

Além da participação dos profissionais dos serviços de acolhimento, o instrumento contou, em todo o seu processo de construção, com profissionais da Coordenação-Geral de Serviços de Acolhimento – CGSA do Departamento de Proteção Social Especial – DPSE/SNAS/MDS.

¹ Projeto PNUD/BRA12/006 – Contrato nº 2014/000529

O registro organizado das informações é um direito dos usuários dos serviços socioassistenciais e se configura na legislação brasileira como obrigatório e essencial para o acompanhamento de crianças e adolescentes com medida protetiva de acolhimento, bem como de suas famílias. Este modelo de Prontuário é uma opção de instrumental que ajuda na garantia desse direito.

Marcos Maia Antunes

Coordenador-Geral de Planejamento e
Vigilância Socioassistencial

Allan Camello Silva

Diretor do Departamento de Gestão do SUAS

Maria do Carmo Brant de Carvalho

Secretária Nacional de Assistência Social

Prontuário: _____

Nome do serviço de acolhimento: _____

Data de ingresso no serviço de acolhimento: __/__/____



Foto 3x4

Ficha A- IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA/ADOLESCENTE

1. IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA/ADOLESCENTE

Encaminhado/Vindo de outro Município/Estado Transferido de outra unidade de acolhimento
 Indígena Outros Povos e Comunidades Tradicionais

Nome Completo: _____

Como prefere ser chamado/Nome Social: _____

Cert. Nasc.: _____ RG: _____ Org. Expedidor: _____

CPF: _____

NIS da criança/adolescente: _____ Não Possui NB (BPC): _____

Data de Nascimento: __/__/____ Idade: __ anos __ meses Idade presumida: __ anos __ meses

Sexo:	Gênero:	Orientação Sexual:		Identidade de Gênero:		
<input type="checkbox"/> Feminino	<input type="checkbox"/> Feminino	<input type="checkbox"/> Heterossexual	<input type="checkbox"/> Assexual	<input type="checkbox"/> Mulher Trans	<input type="checkbox"/> Travesti	<input type="checkbox"/> Intersexual
<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Homossexual	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Homem Trans	<input type="checkbox"/> Transgênero	<input type="checkbox"/> Outro
	<input type="checkbox"/> Não Declarado	<input type="checkbox"/> Bissexual	<input type="checkbox"/> Não Declarado	<input type="checkbox"/> Não binário	<input type="checkbox"/> Cisgênero	<input type="checkbox"/> Não Declarado

Nacionalidade: Brasileira Estrangeira. Qual país? _____ Naturalidade: _____

Município de origem: _____ UF: ____

Endereço da última residência (Rua, Av.) _____

Bairro: _____ UF: ____ CEP: ||||-|||

Ponto de referência: _____

Em situação de rua (Em caso positivo, informe com quem a criança/adolescente vivia em situação de rua. Indicar parentesco e Ponto de Referência do local):

Religião: Não possui Catolicismo Evangélica Espiritismo Afro-brasileira Outra: _____

Há impedimento judicial que impeça o contato dos pais/responsáveis com a criança/adolescente?
 Não
 Sim Se sim, indique as pessoas impedidas: _____

2. DADOS JURÍDICOS

- 2.1. Número do Processo: _____
- 2.2. Número da Guia de Acolhimento: _____
- 2.3. Número da Guia de Desligamento: _____
- 2.4. Nome do Tribunal: _____
- 2.5. Nome da Comarca: _____
- 2.6. Nome da Vara Especializada responsável pelo caso: _____
- 2.7. Endereço da Vara Especializada: _____
- 2.8. Pessoa de referência na Vara Especializada: _____
- 2.9. Telefones da pessoa de referência na Vara Especializada: () _____ () _____

3. APLICAÇÃO DE OUTRAS MEDIDAS

3.1. *Medidas protetivas aplicadas à criança/adolescente: |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__|

(Incluir data da aplicação e finalização de cada medida protetiva, ECA – Art. 101)

*Medidas protetivas aplicáveis à criança/adolescente: 1 – encaminhamento aos pais ou responsável, mediante termo de responsabilidade; 2 – orientação, apoio e acompanhamento temporário; 3 – matrícula e frequência obrigatórias em estabelecimento oficial de ensino fundamental; 4 – inclusão em programa comunitário ou oficial de auxílio à família, à criança e ao adolescente; 5 – requisição de tratamento médico, psicológico ou psiquiátrico, em regime hospitalar ou ambulatorial; 6 – inclusão em programa oficial ou comunitário de auxílio, orientação e tratamento a alcoólatras e toxicômanos; 7 – acolhimento institucional; 8 – inclusão em programa de acolhimento familiar; 9 – colocação em família substituta.

3.2. **Medidas socioeducativas aplicadas ao adolescente: |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__|

(Incluir data da aplicação e finalização de cada medida socioeducativa, ECA – Art. 101)

** Medidas socioeducativas aplicáveis ao adolescente: 1 – advertência; 2 – obrigação de reparar o dano; 3 – prestação de serviços à comunidade; 4 – liberdade assistida; 5 – inserção em regime de semi-liberdade; 6 – internação em estabelecimento educacional; 7 – qualquer uma das medidas previstas no Art. 101 do ECA.

3.3. *** Medidas aplicadas aos pais/responsáveis: |__| |__| |__|

(Incluir data da aplicação e finalização de cada medida protetiva, ECA – Art. 101)

* Medidas aplicáveis aos pais/responsáveis: 1 – inclusão em programa comunitário ou oficial de auxílio à família, à criança e ao adolescente; 2 – requisição de tratamento médico, psicológico ou psiquiátrico, em regime hospitalar ou ambulatorial; 3 – inclusão em programa oficial ou comunitário de auxílio, orientação e tratamento a alcoólatras e toxicômanos.

4. PROCESSOS EXISTENTES	
<input type="checkbox"/> Suspensão do Poder Familiar Nº _____ Data de início do processo: __/__/____	<input type="checkbox"/> Tutela Nº _____ Data de início do processo: __/__/____
<input type="checkbox"/> Destituição do Poder Familiar Nº _____ Data de início do processo: __/__/____	<input type="checkbox"/> Adoção Nacional Nº _____ Data de início do processo: __/__/____
<input type="checkbox"/> Guarda Nº _____ Data de início do processo: __/__/____	<input type="checkbox"/> Adoção Internacional Nº _____ Data de início do processo: __/__/____

5. CARACTERÍSTICAS DA CRIANÇA/ADOLESCENTE	
5.1. Cor/etnia: <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Indígena	
5.2. A criança/adolescente já foi acolhida anteriormente?	
<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim (Em caso de resposta afirmativa, registrar as informações específicas na parte "Histórico de Acolhimento")	
5.3. Trata-se de criança/adolescente desaparecida?	
<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim*	(* Os serviços de acolhimento, em parceria com a delegacia, deve consultar o Cadastro Nacional de Crianças/ Adolescentes Desaparecidos e outros cadastros similares existentes nos Estados, a fim de verificar se a criança ou adolescente não está nessa condição – CONANDA; CNAS, 2009 - http://www.desaparecidos.gov.br).
5.3.1. Em caso positivo, informe a data em que a criança/adolescente foi inserida no Cadastro Nacional de Crianças/Adolescentes Desaparecidos ou outros cadastros similares: __/__/____	
5.4. Existência de cicatrizes significantes: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Quais? _____	
5.5. Existência de marcas de nascença: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Quais? _____	
5.6. Existência de tatuagem: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Quais? _____	

6. IDENTIFICAÇÃO DA MÃE	
<input type="checkbox"/> Mãe falecida <input type="checkbox"/> Mãe não localizada <input type="checkbox"/> Com vínculo <input type="checkbox"/> Sem contato <input type="checkbox"/> Em presídio <input type="checkbox"/> Em unidade de internação <input type="checkbox"/> Em abrigo <input type="checkbox"/> Destituído do poder familiar	
Nome Completo: _____	
Endereço da última residência (Rua, Av.) _____	
Bairro: _____	Município: _____ UF: _____
CEP: __ __ __ __ __ - __ __ __	
Ponto de referência: _____	
<input type="checkbox"/> Em situação de rua. Se sim, indique ponto de referência: _____	
Telefone(s): Residência () _____ Celular () _____ Trabalho () _____	
Nome da pessoa 1 para recado (incluir parentesco/vínculo): _____	
Telefone da pessoa 1: Residência () _____ Celular () _____ Trabalho () _____	
Nome da pessoa 2 para recado (incluir parentesco/vínculo): _____	
Telefone da pessoa 2: Residência () _____ Celular () _____ Trabalho () _____	

7. IDENTIFICAÇÃO DO PAI

Pai falecido Pai não localizado Com vínculo Sem contato
 Em presídio Em unidade de internação Em abrigo Destituído do poder familiar

Nome Completo: _____

Endereço da última residência (Rua, Av.) _____

Bairro: _____ Município: _____ UF: ____

CEP: |__| |__| |__| |__| |__| - |__| |__| |__|

Ponto de referência: _____

Em situação de rua. Se sim, indique ponto de referência: _____

Telefone(s): Residência () _____ Celular () _____ Trabalho () _____

Nome da pessoa 1 para recado (incluir parentesco/vínculo): _____

Telefone da pessoa 1: Residência () _____ Celular () _____ Trabalho () _____

Nome da pessoa 2 para recado (incluir parentesco/vínculo): _____

Telefone da pessoa 2: Residência () _____ Celular () _____ Trabalho () _____

8. IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

Responsável falecido Responsável não localizado

Grau de parentesco: Irmão/irmã Avó/avô Tia/tio Primo/prima Madrinha/padrinho Outro _____

Nome Completo: _____

Endereço da residência atual (Rua, Av.) _____

Bairro: _____ Município: _____ UF: _____ CEP: |__| |__| |__| |__| |__| - |__| |__| |__|

Ponto de referência: _____

Em situação de rua. Se sim, indique ponto de referência: _____

Telefone(s): Residência () _____ Celular () _____ Trabalho () _____

Nome da pessoa 1 para recado (incluir parentesco/vínculo): _____

Telefone da pessoa 1: Residência () _____ Celular () _____ Trabalho () _____

Nome da pessoa 2 para recado (incluir parentesco/vínculo): _____

Telefone da pessoa 2: Residência () _____ Celular () _____ Trabalho () _____

9. IDENTIFICAÇÃO DE PESSOAS INTERESSADAS NA GUARDA DA CRIANÇA/ADOLESCENTE

9.1. Foram identificados parentes com os quais a criança/adolescente convive ou mantém vínculos de afetividade ou afinidade?

Não Sim

9.1.1. Entre os parentes identificados, há interessados em acolher a criança/adolescente?

Não Sim. Em caso positivo, preencher as informações abaixo:

Nome	Parentesco*	Data de Nasc.	Idade	Telefone	Endereço
	<input type="checkbox"/> Outro:	--/--/----		()	
	<input type="checkbox"/> Outro:	--/--/----		()	
	<input type="checkbox"/> Outro:	--/--/----		()	
	<input type="checkbox"/> Outro:	--/--/----		()	

*PARENTESCO: 1 - Irmão/irmã; 2 - Avó/Avô; 3 - Tia/tio; 4 - Primo/prima; 5 - Madrinha/padrinho; 6 - Outro (especifique).

10. INFORMAÇÕES SOBRE TERCEIROS

10.1. Foram identificados terceiros com os quais a criança/adolescente convive ou mantém vínculos de afetividade ou afinidade?

Não Sim, preencha o quadro abaixo:

Nome	Idade	Vínculo	Telefone	Endereço

11. INFORMAÇÕES SOBRE A FAMÍLIA DE ORIGEM/EXTENSA

11.1. Situação familiar da criança/adolescente:

<input type="checkbox"/> Com vínculo	<input type="checkbox"/> Sem vínculo	<input type="checkbox"/> Família desaparecida
<input type="checkbox"/> Órfão	<input type="checkbox"/> Destituído do poder familiar	<input type="checkbox"/> Com impedimento judicial de contato
<input type="checkbox"/> Sem informação	<input type="checkbox"/> Outra situação. Qual?	

11.2. A unidade de acolhimento localiza-se próximo à residência dos pais? Não Sim

11.3. No momento do acolhimento residia com a família de origem? Não Sim

11.4. Com quem residia no momento do acolhimento:

Nome	Idade	Parentesco*	Ocupação	Telefone

* Parentesco: 1 - Mãe; 2 - Pai; 3 - Irmão/irmã; 2 - Avó/Avô; 3 - Tia/tio; 4 - Primo/prima; 5 - Madrinhá/padrinho; 6 - Outro (especifique).

12. ACOLHIMENTO DE IRMÃOS

Nº	Nome Completo	Data de Nascimento	Idade	Data do Acolhimento	*Motivo do Acolhimento	Já esteve acolhido? (1.Não/2.Sim)	**Local de Acolhimento	Nome da unidade de acolhimento	Endereço	Telefone
1		--/~/----		--/~/----	_ _ _ _ _ _ _ _	_	_			
2		--/~/----		--/~/----	_ _ _ _ _ _ _ _	_	_			
3		--/~/----		--/~/----	_ _ _ _ _ _ _ _	_	_			
4		--/~/----		--/~/----	_ _ _ _ _ _ _ _	_	_			
5		--/~/----		--/~/----	_ _ _ _ _ _ _ _	_	_			
6		--/~/----		--/~/----	_ _ _ _ _ _ _ _	_	_			

***MOTIVOS DO ACOLHIMENTO:** **1** - Entrega voluntária; **2** - Orfandade; **3** - Abandono; **4** - Violência física; **5** - Violência psicológica; **6** - Abuso sexual; **7** - Exploração sexual; **8** - Trabalho infantil; **9** - Situação de rua/mendicância; **10** - Ausência dos pais/responsáveis por doença; **11** - Ausência dos pais/responsáveis por prisão ou MSE de internação; **12** - Ameaça de morte dos pais/responsáveis; **13** - Pais/responsáveis usuários abusivos de álcool; **14** - Pais/responsáveis usuários abusivos de drogas ilícitas; **15** - Pais/responsáveis com deficiência; **16** - Pais/responsáveis com transtorno mental/sofrimento psíquico; **17** - Conflito familiar; **18** - Negligência (especifique); **19** - Outro (especifique).

****LOCAL DE ACOLHIMENTO:** **1** - Na mesma unidade de acolhimento; **2** - Em outra unidade de acolhimento; **3** - Em unidade de acolhimento familiar.

Obs.: Em caso de acolhimento dos irmãos em outra unidade, preencher as demais colunas da tabela. Quando os demais irmãos estiverem sendo acolhidos por família acolhedora, as informações correspondem ao responsável pela execução do serviço.

13. COMPOSIÇÃO FAMILIAR (Para o parentesco utilizar a criança/adolescente acolhido como referência)

Nº	Nome Completo	Sexo	Data de Nascimento (dd/mm/aaaa)	Idade	*Parentesco com a criança/adolescente	** Escolaridade	*** Ocupação	Assinale em caso de pessoa com deficiência
1		_ M _ F	--/--/----		_	_	_	_
2		_ M _ F	--/--/----		_	_	_	_
3		_ M _ F	--/--/----		_	_	_	_
4		_ M _ F	--/--/----		_	_	_	_
5		_ M _ F	--/--/----		_	_	_	_
6		_ M _ F	--/--/----		_	_	_	_
7		_ M _ F	--/--/----		_	_	_	_
8		_ M _ F	--/--/----		_	_	_	_
9		_ M _ F	--/--/----		_	_	_	_
10		_ M _ F	--/--/----		_	_	_	_
11		_ M _ F	--/--/----		_	_	_	_
12		_ M _ F	--/--/----		_	_	_	_
13		_ M _ F	--/--/----		_	_	_	_
14		_ M _ F	--/--/----		_	_	_	_
15		_ M _ F	--/--/----		_	_	_	_
16		_ M _ F	--/--/----		_	_	_	_
17		_ M _ F	--/--/----		_	_	_	_
18		_ M _ F	--/--/----		_	_	_	_
19		_ M _ F	--/--/----		_	_	_	_
20		_ M _ F	--/--/----		_	_	_	_
21		_ M _ F	--/--/----		_	_	_	_
22		_ M _ F	--/--/----		_	_	_	_

*Parentesco: 1 – Mãe; 2 – Pai; 3 – Madrasta; 4 – Padrasto; 5 – Irmã (o); 6 - Tia(o); 7 – Prima(o); 8 – Avô; 9 – Avó; 10 – Não se Aplica; 11 – Outro (especifique).

**Grau de Escolaridade: 1 – Creche; 2 – Pré-escola; 3 – Ensino Fundamental incompleto; 4 – Ensino Fundamental completo; 5 – Ensino Médio incompleto; 6 – Ensino Médio completo; 7 – Ensino Fundamental (EJA); 8 – Ensino Médio (EJA); 9 – Alfabetização para adultos; 10 – Superior/Aperfeiçoamento/ Especialização/Mestrado/Doutorado; 11 – Pré-vestibular; 12 – Nunca frequentou a escola, mas sabe ler e escrever; 13 – Nunca frequentou a escola e não sabe ler ou escrever.

*** Ocupação: 1 – Trabalhador por conta própria (faz “bicos”, autônomo); 2 – Trabalhador temporário em área rural; 3 – Empregado sem carteira de trabalho assinada; 4 – Empregado com carteira assinada; 5 – Trabalhador doméstico sem carteira assinada; 6 – Trabalhador doméstico com carteira assinada; 7 – Trabalhador não remunerado; 8 – Militar ou servidor público; 9 – Empregador; 10 – Estagiário; 11 – Aprendiz.

14. INDICATIVOS DE SITUAÇÕES DE RISCO/VULNERABILIDADE DA FAMÍLIA**14.1. MORADIA – Data de registro: __/__/____**

<input type="checkbox"/> Moradia cedida ou invadida	<input type="checkbox"/> Outro 1:
<input type="checkbox"/> Moradia sem banheiro	<input type="checkbox"/> Outro 2:
<input type="checkbox"/> Moradia sem esgoto	<input type="checkbox"/> Outro 3:
<input type="checkbox"/> Quarto misto para adultos e crianças	<input type="checkbox"/> Outro 4:
<input type="checkbox"/> Moradia de taipa, madeira, material aproveitado ou misto	<input type="checkbox"/> Outro 5:
<input type="checkbox"/> Moradia sem água	<input type="checkbox"/> Outro 6:
<input type="checkbox"/> Moradia sem iluminação	<input type="checkbox"/> Outro 7:

14.2. ESTRUTURA DAS RUAS E DO BAIRRO – Data de registro: __/__/____

<input type="checkbox"/> Sem iluminação	<input type="checkbox"/> Outro 1:
<input type="checkbox"/> Sem calçadas pavimentadas	<input type="checkbox"/> Outro 2:
<input type="checkbox"/> Sem serviço de correio	<input type="checkbox"/> Outro 3:
<input type="checkbox"/> Esgoto de fossas rudimentares, abertas ou em vala	<input type="checkbox"/> Outro 4:
<input type="checkbox"/> Sem asfalto	<input type="checkbox"/> Outro 5:
<input type="checkbox"/> Sem transporte público	<input type="checkbox"/> Outro 6:
<input type="checkbox"/> Lixo jogado a céu aberto, queimado ou enterrado	<input type="checkbox"/> Outro 7:

14.3. SERVIÇOS NA COMUNIDADE – Data de registro: __/__/____

<input type="checkbox"/> Sem creche pública (ou de difícil acesso)	<input type="checkbox"/> Outro 1:
<input type="checkbox"/> Sem escola pública (ou de difícil acesso)	<input type="checkbox"/> Outro 2:
<input type="checkbox"/> Sem posto de saúde (ou de difícil acesso)	<input type="checkbox"/> Outro 3:
<input type="checkbox"/> Sem delegacia (ou de difícil acesso)	<input type="checkbox"/> Outro 4:
<input type="checkbox"/> Com difícil acesso ao Conselho Tutelar	<input type="checkbox"/> Outro 5:
<input type="checkbox"/> Sem órgãos do Sistema de Justiça (ou de difícil acesso)	<input type="checkbox"/> Outro 6:
<input type="checkbox"/> Sem locais para realização/participação em atividades esportivas e/ou culturais	<input type="checkbox"/> Outro 7:
<input type="checkbox"/> Sem CRAS (ou de difícil acesso)	<input type="checkbox"/> Outro 8:
<input type="checkbox"/> Sem CREAS (ou de difícil acesso)	<input type="checkbox"/> Outro 9:
<input type="checkbox"/> Sem grupos religiosos ou de apoio comunitário	<input type="checkbox"/> Outro 10:

14.4. INCLUSÃO PROFISSIONAL E RENDA - Data de registro: __/__/____

<input type="checkbox"/> Adultos da família em trabalho informal	<input type="checkbox"/> Idoso sem rendimento
<input type="checkbox"/> Família cujos responsáveis não possuem renda fixa	<input type="checkbox"/> Adultos desempregados
<input type="checkbox"/> Família cuja renda é proveniente apenas de benefícios/programas governamentais (BPC ou Bolsa Família)	
<input type="checkbox"/> Família cujo responsável está inserido em trabalho informal (sem carteira assinada)	<input type="checkbox"/> Outro 2:

14.5. VIOLÊNCIA E VIOLAÇÃO DE DIREITOS (envolve todos os membros da família)

Situação	A situação ainda persiste?	Data da Anotação	Data Atualização
<input type="checkbox"/> Trabalho Infantil	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	__/__/____	__/__/____
<input type="checkbox"/> Exploração Sexual	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	__/__/____	__/__/____
<input type="checkbox"/> Abuso Sexual	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	__/__/____	__/__/____
<input type="checkbox"/> Violência Física	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	__/__/____	__/__/____
<input type="checkbox"/> Violência Psicológica	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	__/__/____	__/__/____
<input type="checkbox"/> Negligência contra Pessoa Idosa	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	__/__/____	__/__/____
<input type="checkbox"/> Negligência contra Pessoa com Deficiência	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	__/__/____	__/__/____
<input type="checkbox"/> Trajetória/vivência de rua	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	__/__/____	__/__/____
<input type="checkbox"/> Tráfico de pessoas	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	__/__/____	__/__/____
<input type="checkbox"/> Violência Patrimonial contra Idoso	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	__/__/____	__/__/____
<input type="checkbox"/> Outra 1:	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	__/__/____	__/__/____
<input type="checkbox"/> Outra 2:	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	__/__/____	__/__/____
<input type="checkbox"/> Outra 3:	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	__/__/____	__/__/____
<input type="checkbox"/> Outra 4:	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	__/__/____	__/__/____
<input type="checkbox"/> Outra 5:	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	__/__/____	__/__/____
<input type="checkbox"/> Outra 6:	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	__/__/____	__/__/____

2. MOTIVO DO ACOLHIMENTO		
<input type="checkbox"/> Entrega voluntária dos pais/responsáveis	<input type="checkbox"/> Exploração sexual	<input type="checkbox"/> Pais/responsáveis usuários abusivos de álcool
<input type="checkbox"/> Orfandade	<input type="checkbox"/> Trabalho infantil	<input type="checkbox"/> Pais/responsáveis usuários abusivos de drogas ilícitas
<input type="checkbox"/> Abandono	<input type="checkbox"/> Situação de rua/mendicância	<input type="checkbox"/> Pais/responsáveis com deficiência
<input type="checkbox"/> Violência física	<input type="checkbox"/> Ausência dos pais/ responsáveis por doença	<input type="checkbox"/> Pais/responsáveis com transtorno mental/ sofrimento psíquico
<input type="checkbox"/> Violência psicológica	<input type="checkbox"/> Ausência dos pais/ responsáveis por prisão ou MSE de Internação	<input type="checkbox"/> Conflito familiar
<input type="checkbox"/> Abuso sexual	<input type="checkbox"/> Ameaça de morte dos pais/responsável	
<input type="checkbox"/> Negligência	Especifique/descreva tipo de negligência: _____ _____	
<input type="checkbox"/> Outro (s). Especifique:	1.	4.
	2.	5.
	3.	6.

3. DESCRIÇÃO DAS CIRCUNSTÂNCIAS DO ACOLHIMENTO
3.1. Local da ocorrência do fato: <input type="checkbox"/> Residência dos pais/responsáveis <input type="checkbox"/> Residência de parentes <input type="checkbox"/> Rua <input type="checkbox"/> Outro: _____
3.2. Condições em que ocorreu a retirada da criança/adolescente da família/responsável <i>(Relato breve de quem procedeu ao acolhimento da criança/adolescente)</i> : _____ _____
3.3. O que impediu a permanência da criança/adolescente com a família/responsável? _____ _____
3.4. Houve resistência da <u>criança/adolescente</u> no momento da sua retirada? <i>(Relato breve de quem procedeu ao acolhimento da criança/adolescente)</i> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> Sim, descreva: _____ _____
3.5. Houve resistência dos <u>pais/responsáveis</u> no momento da retirada da criança/adolescente? <i>(Relato breve de quem procedeu ao acolhimento da criança/adolescente)</i> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não estavam presentes no momento da retirada <input type="checkbox"/> Sim, descreva: _____ _____
3.6. O Conselho Tutelar foi acionado? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
3.7. Quem acionou o Conselho Tutelar? _____ <input type="checkbox"/> Informação sigilosa
3.8. Telefone de quem acionou o Conselho Tutelar: () _____ <input type="checkbox"/> Informação sigilosa
3.9. O Conselho Tutelar tinha conhecimento do caso? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim 3.10. O Conselho Tutelar acompanhava o caso? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
3.11. Documentação entregue à unidade de acolhimento pelo Conselho Tutelar: _____ _____
3.12. Providências iniciais do Conselho Tutelar: _____ _____

4. INFORMAÇÕES SOBRE O CONSELHO TUTELAR DE REFERÊNCIA

- 4.1. Nome do Conselho Tutelar: _____
- 4.2. Endereço: _____
- 4.3. Bairro: _____
- 4.4. Município: _____ UF: ____
- 4.5. Regional: _____
- 4.6. Nome do conselheiro tutelar de referência: _____
- 4.7. Telefone(s): Fixo () _____ Celular () _____

5. INFORMAÇÕES SOBRE AGRESSOR(ES) OU SUPOSTO(S) AGRESSOR(ES)

- 5.1. Identificação do(a) agressor(a):
 Pessoa da família (mora na residência) Pessoa da família (não mora na residência) Pessoa conhecida Não identificado
 Informação sigilosa (não preencher o item 5.2)

5.2. Quem cometeu a violência contra a criança/adolescente?

- | | | |
|-----------------------------------|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Pai | <input type="checkbox"/> Mãe | <input type="checkbox"/> Padrasto |
| <input type="checkbox"/> Madrasta | <input type="checkbox"/> Irmão/Irmã | <input type="checkbox"/> Tio/tia |
| <input type="checkbox"/> Avó/Avô | <input type="checkbox"/> Primo/Prima | <input type="checkbox"/> Não identificado |

- | | | |
|--|----|----|
| <input type="checkbox"/> Outro (s). Especifique: | 1. | 4. |
| | 2. | 5. |
| | 3. | 6. |

5.3. Foi elaborado Boletim de Ocorrência referente ao motivo que levou à aplicação da medida protetiva?

- Não Sim Informação sigilosa

(Em caso afirmativo, incluir informações específicas na Ficha D sobre Documentação da Criança/Adolescente)

6. INFORMAÇÕES APÓS O ACOLHIMENTO DA CRIANÇA/ADOLESCENTE

- 6.1. A criança/adolescente foi informada sobre o motivo da aplicação da medida protetiva? (Em caso negativo, justificar)

- 6.2. Reação da criança/adolescente após o acolhimento neste serviço:

- 6.3. Os pais/responsáveis foram informados sobre a aplicação da medida protetiva?

- 6.4. Reação dos pais/responsáveis após o acolhimento neste serviço:

- 6.5. Os pais/responsáveis foram orientados sobre quais órgãos e autoridades procurar para garantir seus direitos?

(Em caso negativo, justificar)

Nome da Criança/Adolescente: _____ Nº Prontuário: _____

Ficha C - HISTÓRICO DE ACOLHIMENTO - Incluir na ordem cronológica

Ordem	Informações sobre o serviço de acolhimento anterior	Motivo do acolhimento*	Data do acolhimento	Data do desligamento	Motivo do desligamento**	Responsável pela criança/adolescente após a saída do serviço de acolhimento***											
1	Nome do serviço: _____ Endereço: _____ Telefone: () _____	<table border="0"> <tr><td> </td><td> _</td><td> _</td><td> _</td></tr> <tr><td> </td><td> _</td><td> _</td><td> _</td></tr> </table> Outro: _____		_	_	_		_	_	_	--/~/----	--/~/----	<table border="0"> <tr><td> </td><td> _</td><td> _</td></tr> </table> Outro: _____		_	_	Nome do serviço: _____ Endereço: _____ Telefone: () _____
	_	_	_														
	_	_	_														
	_	_															
2	Nome do serviço: _____ Endereço: _____ Telefone: () _____	<table border="0"> <tr><td> </td><td> _</td><td> _</td><td> _</td></tr> <tr><td> </td><td> _</td><td> _</td><td> _</td></tr> </table> Outro: _____		_	_	_		_	_	_	--/~/----	--/~/----	<table border="0"> <tr><td> </td><td> _</td><td> _</td></tr> </table> Outro: _____		_	_	Nome do serviço: _____ Endereço: _____ Telefone: () _____
	_	_	_														
	_	_	_														
	_	_															
3	Nome do serviço: _____ Endereço: _____ Telefone: () _____	<table border="0"> <tr><td> </td><td> _</td><td> _</td><td> _</td></tr> <tr><td> </td><td> _</td><td> _</td><td> _</td></tr> </table> Outro: _____		_	_	_		_	_	_	--/~/----	--/~/----	<table border="0"> <tr><td> </td><td> _</td><td> _</td></tr> </table> Outro: _____		_	_	Nome do serviço: _____ Endereço: _____ Telefone: () _____
	_	_	_														
	_	_	_														
	_	_															
4	Nome do serviço: _____ Endereço: _____ Telefone: () _____	<table border="0"> <tr><td> </td><td> _</td><td> _</td><td> _</td></tr> <tr><td> </td><td> _</td><td> _</td><td> _</td></tr> </table> Outro: _____		_	_	_		_	_	_	--/~/----	--/~/----	<table border="0"> <tr><td> </td><td> _</td><td> _</td></tr> </table> Outro: _____		_	_	Nome do serviço: _____ Endereço: _____ Telefone: () _____
	_	_	_														
	_	_	_														
	_	_															
5	Nome do serviço: _____ Endereço: _____ Telefone: () _____	<table border="0"> <tr><td> </td><td> _</td><td> _</td><td> _</td></tr> <tr><td> </td><td> _</td><td> _</td><td> _</td></tr> </table> Outro: _____		_	_	_		_	_	_	--/~/----	--/~/----	<table border="0"> <tr><td> </td><td> _</td><td> _</td></tr> </table> Outro: _____		_	_	Nome do serviço: _____ Endereço: _____ Telefone: () _____
	_	_	_														
	_	_	_														
	_	_															
6	Nome do serviço: _____ Endereço: _____ Telefone: () _____	<table border="0"> <tr><td> </td><td> _</td><td> _</td><td> _</td></tr> <tr><td> </td><td> _</td><td> _</td><td> _</td></tr> </table> Outro: _____		_	_	_		_	_	_	--/~/----	--/~/----	<table border="0"> <tr><td> </td><td> _</td><td> _</td></tr> </table> Outro: _____		_	_	Nome do serviço: _____ Endereço: _____ Telefone: () _____
	_	_	_														
	_	_	_														
	_	_															

***MOTIVOS DO ACOLHIMENTO:** 1 - Entrega voluntária; 2 - Orfandade; 3 - Abandono; 4 - Violência física; 5 - Violência psicológica; 6 - Abuso sexual; 7 - Exploração sexual; 8 - Trabalho infantil; 9 - Situação de rua/mendicância; 10 - Ausência dos pais/responsáveis por doença; 11 - Ausência dos pais/responsáveis por prisão ou MSE de internação; 12 - Ameaça de morte dos pais/responsáveis; 13 - Pais/responsáveis usuários abusivos de álcool; 14 - Pais/responsáveis usuários abusivos de drogas ilícitas; 15 - Pais/responsáveis com deficiência; 16 - Pais/responsáveis com transtorno mental/sofrimento psíquico; 17 - Conflito familiar; 18 - Negligência (especifique); 19 - Outro motivo (especifique).

**** MOTIVOS DE DESLIGAMENTO:** 1 - Reintegração para família de origem; 2 - Reintegração para família extensa; 3 - Adoção nacional; 4 - Adoção internacional; 5 - Transferência para outra unidade de acolhimento; 6 - Evasão; 7 - Desligamento em razão da idade; 8 - Outro motivo (especifique); 9 - Sem informação.

Nome da Criança/Adolescente: _____ Nº Prontuário: _____

Ficha D - DOCUMENTAÇÃO DA CRIANÇA/ADOLESCENTE – RECEBIDA E DEVOLVIDA

1. TIPO DE DOCUMENTO	SITUAÇÃO
1.1. Certidão de Nascimento Cartório: _____ Livro: _____ Folha: _____	Recebida – ORIGINAL Devolvida no desligamento Recebida – CÓPIA A ser providenciada
1.2. Declaração de Nascido Vivo – DN Cartório: _____ Número: _____	Recebida – ORIGINAL Devolvida no desligamento Recebida – CÓPIA A ser providenciada
1.3. Carteira de Identidade Número: Data de Expedição: __/__/____ Órgão Expedidor: _____	Recebida – ORIGINAL Devolvida no desligamento Recebida – CÓPIA A ser providenciada
1.4. Guia da Central de Acolhimento Número: _____ Data: __/__/____	Recebida – ORIGINAL Devolvida no desligamento Recebida – CÓPIA A ser providenciada
1.5. Guia de Acolhimento Número: _____	Recebida – ORIGINAL Devolvida no desligamento Recebida – CÓPIA A ser providenciada
1.6. Termo de Acolhimento (do Conselho Tutelar) Número: _____	Recebida – ORIGINAL Devolvida no desligamento Recebida – CÓPIA A ser providenciada
1.7. Guia de Desligamento Número: _____	Recebida – ORIGINAL Devolvida no desligamento Recebida – CÓPIA A ser providenciada
1.8. Carteira de Vacinação/ Caderneta da Criança	Recebida – ORIGINAL Devolvida no desligamento Recebida – CÓPIA A ser providenciada
1.9. Cadastro de Pessoa Física – CPF	Recebida – ORIGINAL Devolvida no desligamento Recebida – CÓPIA A ser providenciada
1.10. Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS Número da série: _____	Recebida – ORIGINAL Devolvida no desligamento Recebida – CÓPIA A ser providenciada
1.11. Título de Eleitor Número: _____	Recebida – ORIGINAL Devolvida no desligamento Recebida – CÓPIA A ser providenciada
1.12. Cartão do Sistema Único de Saúde - SUS Número: _____	Recebida – ORIGINAL Devolvida no desligamento Recebida – CÓPIA A ser providenciada
1.13. Prescrição médica (antes do acolhimento) Data: __/__/____	Recebida – ORIGINAL Devolvida no desligamento Recebida – CÓPIA A ser providenciada
1.14. Histórico Escolar	Recebida – ORIGINAL Devolvida no desligamento Recebida – CÓPIA A ser providenciada
1.15. Declaração de Transferência Escolar	Recebida – ORIGINAL Devolvida no desligamento Recebida – CÓPIA A ser providenciada
1.16. Certificado de Alistamento Militar – CAM	Recebida – ORIGINAL Devolvida no desligamento Recebida – CÓPIA A ser providenciada
1.17. Boletim de Ocorrência Número: _____ Data: __/__/____ Delegacia: _____	Recebida – ORIGINAL Devolvida no desligamento Recebida – CÓPIA A ser providenciada
1.18. Laudo do Instituto Médico Legal – IML Número: _____ Data: __/__/____	Recebida – ORIGINAL Devolvida no desligamento Recebida – CÓPIA A ser providenciada
1.19. Termo de Guarda e Responsabilidade Expedido em: __/__/____	Recebida – ORIGINAL Devolvida no desligamento Recebida – CÓPIA A ser providenciada
1.20. Outro 1. _____	Recebida – ORIGINAL Devolvida no desligamento Recebida – CÓPIA A ser providenciada
1.21. Outro 2. _____	Recebida – ORIGINAL Devolvida no desligamento Recebida – CÓPIA A ser providenciada

Nome da Criança/Adolescente: _____ Nº Prontuário: _____

DOCUMENTAÇÃO - Espaço para observações, acréscimo e atualização de informações referentes à documentação da criança/adolescente *(Atenção! Toda anotação incluída neste espaço deve ser precedida de data, nome e função do profissional responsável pela anotação)*

Lined area for documentation with horizontal ruling lines.

Nome da criança/adolescente: _____ Nº Prontuário: _____

Ficha E - DOCUMENTAÇÃO FAMÍLIA/RESPONSÁVEL – RECEBIDA E DEVOLVIDA

1. TIPO DE DOCUMENTO	SITUAÇÃO	
1.1. NIS - Número de Identificação Social Número: _____	Recebida – ORIGINAL Recebida – CÓPIA	Devolvida Encaminhar para retirada
1.2. Carteira de Identidade Data de Expedição: __/__/____ Órgão Expedidor: _____ Número: _____	Recebida – ORIGINAL Recebida – CÓPIA	Devolvida Encaminhar para retirada
1.3. Cadastro de Pessoa Física – CPF	Recebida – ORIGINAL Recebida – CÓPIA	Devolvida Encaminhar para retirada
1.4. Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS Número da série: _____	Recebida – ORIGINAL Recebida – CÓPIA	Devolvida Encaminhar para retirada
1.5. Título de Eleitor Número: _____	Recebida – ORIGINAL Recebida – CÓPIA	Devolvida Encaminhar para retirada
1.6. Cartão do Sistema Único de Saúde - SUS Número: _____	Recebida – ORIGINAL Recebida – CÓPIA	Devolvida Encaminhar para retirada
1.7. Certidão de Casamento Número: _____	Recebida – ORIGINAL Recebida – CÓPIA	Devolvida Encaminhar para retirada
1.8. Comprovante de residência	Recebida – ORIGINAL Recebida – CÓPIA	Devolvida Encaminhar para retirada
1.9. Outro 1. _____	Recebida – ORIGINAL Recebida – CÓPIA	Devolvida Encaminhar para retirada
1.10. Outro 2. _____	Recebida – ORIGINAL Recebida – CÓPIA	Devolvida Encaminhar para retirada
1.11. Outro 3. _____	Recebida – ORIGINAL Recebida – CÓPIA	Devolvida Encaminhar para retirada
1.12. Outro 4. _____	Recebida – ORIGINAL Recebida – CÓPIA	Devolvida Encaminhar para retirada
1.13. Outro 5. _____	Recebida – ORIGINAL Recebida – CÓPIA	Devolvida Encaminhar para retirada
1.12. Outro 6. _____	Recebida – ORIGINAL Recebida – CÓPIA	Devolvida Encaminhar para retirada
1.13. Outro 7. _____	Recebida – ORIGINAL Recebida – CÓPIA	Devolvida Encaminhar para retirada
1.12. Outro 8. _____	Recebida – ORIGINAL Recebida – CÓPIA	Devolvida Encaminhar para retirada
1.13. Outro 9. _____	Recebida – ORIGINAL Recebida – CÓPIA	Devolvida Encaminhar para retirada
1.12. Outro 10. _____	Recebida – ORIGINAL Recebida – CÓPIA	Devolvida Encaminhar para retirada
1.13. Outro 11. _____	Recebida – ORIGINAL Recebida – CÓPIA	Devolvida Encaminhar para retirada
1.12. Outro 12. _____	Recebida – ORIGINAL Recebida – CÓPIA	Devolvida Encaminhar para retirada

Nome da criança/adolescente: _____ Nº Prontuário: _____

Ficha F - DESENVOLVIMENTO – CRIANÇA E ADOLESCENTE
(As informações desta ficha devem ser atualizadas sempre que for necessário)

1. ETAPA DE VIDA

| Primeira Infância (0 a 3 anos) | | Segunda Infância (3 a 6 anos) | | Terceira Infância (6 a 12 anos) | | Pré-Adolescência
 | Adolescência | | Juventude

2. ALIMENTAÇÃO

2.1. A criança/adolescente necessita de ajuda para alimentar-se? Não Sim. Qual motivo? _____

2.2. A criança/adolescente recusa em alimentar-se? Não Sim. Qual motivo? _____

2.3. Encaminhamentos iniciais: _____

3. LINGUAGEM

3.1. A criança/adolescente apresenta vocalização compatível com a idade? Não Sim. Quais são os problemas apresentados? _____

3.2. A criança/adolescente apresenta dificuldade na pronúncia das palavras? Não Sim. Especifique? _____

3.3. A criança/adolescente apresenta problemas de linguagem? Não Sim. Quais? _____

3.4. A criança/adolescente compreende as perguntas que são feitas? Não Sim. Especifique: _____

3.5. Encaminhamentos iniciais: _____

4. COORDENAÇÃO MOTORA

4.1. A criança/adolescente apresenta dificuldades na coordenação motora? |__| Não |__| Sim. Especifique: _____

4.2. A criança/adolescente apresenta dificuldades para movimentar-se? |__| Não |__| Sim. Especifique: _____

4.3. Encaminhamentos iniciais: _____

5. OUTRAS INFORMAÇÕES SOBRE O DESENVOLVIMENTO

5.1. A criança/adolescente rói unhas? |__| Não |__| Sim. Especifique: _____

5.2. A criança/adolescente chupa o dedo? |__| Não |__| Sim. Especifique: _____

5.3. A criança/adolescente apresenta alteração no sono? |__| Não |__| Sim. Especifique: _____

5.5. A criança/adolescente reage a estímulos auditivos? |__| Não |__| Sim. Especifique: _____

5.6. A criança/adolescente reage a estímulos visuais? |__| Não |__| Sim. Especifique: _____

5.7. A criança apresenta dificuldades para controle dos esfíncteres? |__| Não |__| Sim. Especifique: _____

5.8. Encaminhamentos iniciais: _____

6. PADRÃO DE COMPORTAMENTO

6.1. A criança/adolescente demonstra interesse em interagir com outras crianças? |__| Não |__| Sim. Descreva: _____

6.2. A criança/adolescente demonstra interesse em interagir com outros adolescentes? |__| Não |__| Sim. Descreva: _____

6.3. A criança/adolescente demonstra interesse em interagir com adultos? |__| Não |__| Sim. Descreva: _____

6.4. A criança/adolescente demonstra interesse em interagir com pessoas estranhas? |__| Não |__| Sim. Descreva: _____

6.5. Outras informações sobre o padrão de comportamento: _____

6.6. Encaminhamentos iniciais: _____

Nome da criança/adolescente: _____ Nº Prontuário: _____

Ficha G - CONDIÇÕES DE SAÚDE – CRIANÇA E ADOLESCENTE

1. TIPO SANGUÍNEO

O+ O- A+ A- B+ B- AB+ AB- Sem informação Providenciar Exame

2. ALTURA E PESO

Data de Verificação	Peso	Altura	Data de Verificação	Peso	Altura
__/__/____	___Kg ___g	___m ___cm	__/__/____	___Kg ___g	___m ___cm
__/__/____	___Kg ___g	___m ___cm	__/__/____	___Kg ___g	___m ___cm
__/__/____	___Kg ___g	___m ___cm	__/__/____	___Kg ___g	___m ___cm
__/__/____	___Kg ___g	___m ___cm	__/__/____	___Kg ___g	___m ___cm
__/__/____	___Kg ___g	___m ___cm	__/__/____	___Kg ___g	___m ___cm
__/__/____	___Kg ___g	___m ___cm	__/__/____	___Kg ___g	___m ___cm
__/__/____	___Kg ___g	___m ___cm	__/__/____	___Kg ___g	___m ___cm
__/__/____	___Kg ___g	___m ___cm	__/__/____	___Kg ___g	___m ___cm

3. VACINAS

Histórico de vacinas antes do acolhimento: Sem informação

Data da Vacina	Tipo	Data da Vacina	Tipo
__/__/____		__/__/____	
__/__/____		__/__/____	
__/__/____		__/__/____	
__/__/____		__/__/____	
__/__/____		__/__/____	
__/__/____		__/__/____	
__/__/____		__/__/____	

Acompanhamento de vacinas após o acolhimento:

Data da Vacina	Tipo	Nova Dose	Data da Vacina	Tipo	Nova Dose
__/__/____		__/__/____	__/__/____		__/__/____
__/__/____		__/__/____	__/__/____		__/__/____
__/__/____		__/__/____	__/__/____		__/__/____
__/__/____		__/__/____	__/__/____		__/__/____
__/__/____		__/__/____	__/__/____		__/__/____
__/__/____		__/__/____	__/__/____		__/__/____
__/__/____		__/__/____	__/__/____		__/__/____
__/__/____		__/__/____	__/__/____		__/__/____
__/__/____		__/__/____	__/__/____		__/__/____

4. ASPECTOS GERAIS

4.1. A criança/adolescente possui algum problema de saúde? Não Sim. Qual/Quais (incluir CID, se tiver)?

4.2. A criança/adolescente possui deficiência? Não Sim. Quais (incluir CID, se tiver)?

4.3. A criança/adolescente faz uso de algum medicamento? Não Sim. Qual/Quais? *(Correlacionar o medicamento ao problema de saúde, incluindo o uso de contraceptivo, mencionar a data de início e fim do uso do medicamento)*

4.4. A criança/adolescente apresenta algum problema de conduta? Não Sim. Qual/Quais? *(Atualizar informação no decorrer do acolhimento)*

4.5. A criança/adolescente apresenta algum tipo de alergia? Não Sim

Medicamentos Alimentos Respiratória Pele Insetos Pelo de animais Outros

Descrever os tipos de alergia:

4.6. A criança/adolescente já passou por cirurgia? Não Sim. Qual/Quais? *(Atualizar informação em caso de necessidade de cirurgia durante o acolhimento)*

4.7. A criança/adolescente está realizando algum tratamento? Não Sim. Qual/Quais? *(Incluir período e local do tratamento)*

4.8. No último ano a criança/adolescente teve necessidade de recorrer a algum dos tratamentos abaixo?

Médico Psiquiátrico Odontológico Psicológico Fonoterápico Fisioterápico
 Oftalmológico Outro

Especifique motivo: _____

4.9 A criança/adolescente é usuária de drogas (inclusive álcool)? Não Sim. Quais?

4.10. Histórico do uso de álcool ou outras drogas:

4.11. A criança/adolescente participa ou participou de programa/serviço para dependentes químicos? Não Sim. *(Listar período, locais e informar o resultado destes acompanhamentos, antes e depois do acolhimento)*

4.12. Há necessidade de inclusão em programa/serviço para dependentes químicos? Não Sim

Data do encaminhamento: ____/____/____

Local a ser encaminhado: _____

5. SEXUALIDADE

5.1. A criança/adolescente já teve a 1ª relação sexual? Não sabe Não Sim. Com quantos anos? _____ anos.

Faz uso regular de camisinha? Não sabe Não Sim.

5.2. A criança/adolescente possui alguma doença sexualmente transmissível? Não Sim. Qual/Quais? _____

5.3. A criança/adolescente possui HIV (ou vírus)? Não Sim

4.3.a. Há quanto tempo? _____ anos _____ meses

4.3.b. Como foi transmitido? _____

4.3.c. Faz uso de coquetel ou outros medicamentos? Não Sim. Qual/Quais? _____

5.4. A criança/adolescente tem informações sobre DSTs/AIDS? Não Sim

5.4.1. Quais informações são necessárias:

5.5. A criança/adolescente fez exames recentemente para verificar DSTs? Não Sim É necessário? Não Sim

5.5.1. Se já realizou, qual/quais?

5.6. A criança/adolescente fez exames recentemente para verificar AIDS? Não Sim É necessário? Não Sim

5.6.1. Se já realizou, qual/quais?

Nome da criança/adolescente: _____ Nº Prontuário: _____

CONDIÇÕES DE SAÚDE - Espaço para observações, acréscimo e atualização de informações referentes à saúde da criança/adolescente (*Atenção! Toda anotação incluída neste espaço deve ser precedida de data, nome e função do profissional responsável pela anotação*)

Lined area for health observations and notes, consisting of 31 horizontal lines within a rectangular border.

Nome da criança/adolescente: _____ Nº Prontuário: _____

CONTROLE DE MEDICAÇÃO - Espaço para observações, acréscimo e atualização de informações referentes à planilha de medicação da criança/adolescente *(Atenção! Toda anotação incluída neste espaço deve ser precedida de data, nome e função do profissional responsável pela anotação)*

Lined area for recording medication control observations.

Nome da criança/adolescente: _____ Nº Prontuário: _____

Ficha I - CONDIÇÕES DE SAÚDE – FAMÍLIA/RESPONSÁVEIS

1. PROBLEMAS DE SAÚDE E DEFICIÊNCIA

1.1. Algum membro da família ou responsável pela criança/adolescente possui algum problema de saúde?

Nome	*Parentesco	Qual(is) problema(s) de saúde? Descreva 1. Infectocontagiosa/ 2. Genética/Congênita/ 3. Transtorno Mental; 4. Outro (especifique)	Em tratamento? (1. Sim/2. Não)	Tempo no tratamento	Local do tratamento	Uso de medicação contínua? (1. Sim/2. Não)	Encaminhamentos necessários

1.2. Algum membro da família ou responsável pela criança/adolescente possui deficiência?

Nome	*Parentesco	Qual(is) tipo(s) de deficiência(s)? 1. Visual; 2. Auditiva; 3. Mental; 4. Física; 5. Distúrbio da fala; 6. Outra (especifique)	Ocasiona tratamento específico? (1. Sim/2. Não)	Tempo no tratamento	Local do tratamento	Uso de medicação contínua? (1. Sim/2. Não)	Encaminhamentos necessários

* PARENTESCO: 1 – Irmão/irmã; 2 – Avó/Avô; 3 – Tia/tio; 4 – Primo/prima; 5 – Outro (especifique).

2. USO DE ÁLCOOL

2.1. Algum membro da família ou responsável pela criança/adolescente faz uso abusivo de álcool?

Nome	*Parentesco	Já passou por tratamento?	Resposta ao tratamento	Está em tratamento?	Local do tratamento	Encaminhamentos necessários

*PARENTESCO: 1 – Irmão/irmã; 2 – Avó/Avô; 3 – Tia/tio; 4 – Primo/prima; 5 – Outro (especifique).

3. USO DE DROGAS

3.1. Algum membro da família ou responsável pela criança/adolescente faz uso de drogas?

Nome	*Parentesco	**Tipo de droga	Já passou por tratamento?	Resposta ao tratamento	Está em tratamento?	Local do tratamento	Encaminhamentos necessários

**TIPO DE DROGA: 1 – Solvente/Inalante; 2 – Maconha; 3 – Crack; 4 – Merla; 5 – Cocaína; 6 – Heroína; 7 – LSD; 8 - Rohypnol; 9 – Outros (especifique)

Nome da Criança/Adolescente: _____ Nº Prontuário: _____

Ficha J - SITUAÇÃO EDUCACIONAL – CRIANÇA/ADOLESCENTE EM IDADE ESCOLAR

1. INFORMAÇÕES GERAIS – MOMENTO DO ACOLHIMENTO

1.1. Situação escolar: Está matriculado em escola pública Está matriculado em escola particular

Não estava matriculado Nunca estudou

1.1.a. Motivo de não estar ou nunca ter sido matriculado: _____

1.2. Nível de escolaridade: Educação Infantil Ensino Fundamental Ensino Médio Ensino Especial EJA Fundamental
 EJA Nível Médio Ensino Superior Analfabeto

1.3. Participa de curso Pré-Vestibular? Sim Não

1.4. A criança/adolescente possui histórico de reprovação? Não Sim:

Descrição (incluir série, motivos, quantidade de repetências): _____

2. DADOS DA ÚLTIMA ESCOLA EM QUE A CRIANÇA/ADOLESCENTE ESTAVA MATRICULADA

2.1. Nome da escola: _____

2.2. Endereço: _____

Bairro: _____ Município: _____ UF: ____

2.3. Telefones: () _____ () _____ () _____

2.4. Diretor(a): _____

2.5. Vice-Diretor(a): _____

2.6. Coordenador(a)/ Orientador(a) Pedagógico(a): _____

2.7. Professor(a) de referência: _____

2.8. Série: _____

2.9. Turma: _____

2.10. Turno: Matutino Vespertino Noturno Integral

2.11. Tempo em que a criança/adolescente ficou matriculado nesta escola: ____anos ____ meses

2.12. Esta escola é próxima à unidade de acolhimento? Não Sim

2.13. A criança/adolescente permanecerá matriculado nesta escola? Não Sim. Por quais motivos? _____

3. DADOS DA ESCOLA APÓS ACOLHIMENTO

|__| Não mudou de escola |__| Mudou de escola:

3.1. Nome da escola: _____

3.2. Endereço: _____

Bairro: _____ Município: _____ UF: __ __

3.3. Telefones: () _____ () _____ () _____

3.4. Diretor(a): _____

3.5. Vice-Diretor(a): _____

3.6. Coordenador(a)/ Orientador(a) Pedagógico(a):

3.7. Professor(a) de referência: _____

3.8. Série: _____

3.9. Turma: _____

3.10. Turno: |__| Matutino |__| Vespertino |__| Noturno |__| Integral

3.11. Data da matrícula: __ / __ / ____

3.12. Data do início das atividades escolares: __ / __ / ____

4. ASPECTOS SUBJETIVOS SOBRE O ESPAÇO ESCOLAR – PERCEPÇÃO DA CRIANÇA/ADOLESCENTE

4.1. Qual a percepção da criança/adolescente sobre a função da escola? _____

4.2. Quais são os pontos positivos da criança/adolescente em relação à escola? _____

4.3. Quais são os pontos negativos da criança/adolescente em relação à escola? _____

4.4. O que a criança/adolescente conta das escolas pelas quais já passou? _____

4.5. Existiram pessoas de referência nas escolas anteriores? _____

4.6. Como a criança/adolescente percebe as relações estabelecidas no ambiente escolar atual? _____

4.7. A criança/adolescente tem amigos na escola? Quem são os amigos com quem ele pode se relacionar fora do ambiente escolar? _____

4.8. A criança/adolescente sofre algum tipo de discriminação, seja pela condição de acolhido ou quaisquer outras, que necessite de intervenções da equipe de referência da unidade de acolhimento junto à direção e demais profissionais da escola?

5. ATIVIDADES COMPLEMENTARES NA ESCOLA

Data	Horário	Tipo de Atividade*	Descrição da Atividade	Evolução
--/--/----	__h__min	__ Outra:		
--/--/----	__h__min	__ Outra:		
--/--/----	__h__min	__ Outra:		
--/--/----	__h__min	__ Outra:		
--/--/----	__h__min	__ Outra:		
--/--/----	__h__min	__ Outra:		
--/--/----	__h__min	__ Outra:		
--/--/----	__h__min	__ Outra:		
--/--/----	__h__min	__ Outra:		
--/--/----	__h__min	__ Outra:		
--/--/----	__h__min	__ Outra:		
--/--/----	__h__min	__ Outra:		
--/--/----	__h__min	__ Outra:		
--/--/----	__h__min	__ Outra:		
--/--/----	__h__min	__ Outra:		

***Tipo de Atividades:** 1 – Reforço escolar; 2 – Atividade de contraturno; 3 – Atividades esportivas; 4 – Informática; 5 – Acompanhamento psicopedagógico; 6 – Palestras (fora do horário de estudo); 7 – Outra (*especifique*).

6. CRONOGRAMA DE ATIVIDADES ESCOLARES

Data de registro da 1ª planilha: __/__/____ Responsável: _____

Horário	2ª feira	3ª feira	4ª feira	5ª feira	6ª feira	Sábado
7h – 8h						
8h – 9h						
9h – 10h						
10h – 11h						
11h – 12h						
12h – 13h						
13h – 14h						
14h – 15h						
16h – 17h						
17h – 18h						
18h – 19h						

Atualização da planilha: __/__/____ Responsável: _____

Horário	2ª feira	3ª feira	4ª feira	5ª feira	6ª feira	Sábado
7h – 8h						
8h – 9h						
9h – 10h						
10h – 11h						
11h – 12h						
12h – 13h						
13h – 14h						
14h – 15h						
16h – 17h						
17h – 18h						
18h – 19h						

Nome da Criança/Adolescente: _____ Nº Prontuário: _____

Ficha L - CONDIÇÕES HABITACIONAIS DOS PAIS/RESPONSÁVEIS

1. CARACTERÍSTICA DO DOMICÍLIO	1. Possui/ 2. Não possui	Observações pontuais
1.1. Tipo de residência		
Própria		
Alugada		
Cedida		
Ocupada		
1.2. Material das paredes externas do domicílio		
Alvenaria ou madeira aparelhada		
Madeira aproveitada, taipa ou outros materiais precários		
1.3. Acesso à energia elétrica		
Sim, com medidor próprio		
Sim, com medidor compartilhado		
Sim, sem medidor		
Não possui energia elétrica no domicílio		
1.4. Possui água canalizada		
Não Sim		
1.5. Forma de abastecimento de água		
Rede geral de distribuição		
Poço ou nascente		
Cisterna de captação de águas de chuva		
Carro pipa		
Outra forma: _____		
1.6. Escoamento sanitário		
Rede coletora de esgoto ou pluvial		
Fossa séptica		
Fossa rudimentar		
Direto para vala, rio, lago ou mar		
Domicílio sem banheiro		
1.7. Coleta de lixo		
Sim, coleta direta		
Sim, coleta indireta		
Não possui coleta		
1.8. Número total de cômodos do domicílio	Nº _____	
1.9. Número de cômodos utilizados como dormitório	Nº _____	
1.10. Nº de pessoas do domicílio dividido pelo nº de dormitórios	Nº _____	
1.11. O domicílio possui acessibilidade para pessoas com dificuldade de locomoção?		
Não Sim		
1.12. O domicílio está localizado em área com risco de desabamento ou alagamento?		
Não Sim		
1.13. O domicílio está localizado em área de difícil acesso geográfico?		
Não Sim		
1.14. O domicílio está localizado em área com presença de conflito/violência?		
Não Sim		
1.15. O domicílio está localizado em área com presença de tráfico de drogas?		
Não Sim		

Ficha M - CONVIVÊNCIA FAMILIAR E COMUNITÁRIA

1. INFORMAÇÕES GERAIS

- 1.1. Há quantos anos a família mora no estado? |__|__|anos () a família sempre morou no estado
- 1.2. Há quantos anos a família mora no município? |__|__|anos () a família sempre morou no município
- 1.3. Há quantos anos a família mora no bairro? |__|__|anos () a família sempre morou no bairro
- 1.4. A família, ou algum de seus membros, é vítima de ameaças ou de discriminação na comunidade onde reside?
|__| Não |__| Sim (Caso afirmativo, utilize a parte "Observações" para descrever as informações relevantes)
- 1.5. A família possui parentes que residam próximo ao seu local de moradia e que constituam rede de apoio e solidariedade?
|__| Não |__| Sim (Caso afirmativo, utilize a parte "Observações" para descrever as informações relevantes)
- 1.6. A família possui vizinhos que constituam rede de apoio e solidariedade?
|__| Não |__| Sim (Caso afirmativo, utilize a parte "Observações" para descrever nome, contato e informações relevantes)
- 1.7. A família, ou algum de seus membros, participa de grupos religiosos que constituam rede de apoio e solidariedade?
|__| Não |__| Sim (Caso afirmativo, utilize a parte "Observações" para descrever nome, contato e informações relevantes)
- 1.8. A família, ou algum de seus membros, participa de grupos comunitários que constituam rede de apoio e solidariedade?
|__| Não |__| Sim (Caso afirmativo, utilize a parte "Observações" para descrever nome, contato e informações relevantes)
- 1.9. A família, ou algum de seus membros, participa de outros grupos que constituam rede de apoio e solidariedade?
|__| Não |__| Sim (Caso afirmativo, utilize a parte "Observações" para descrever nome, contato e informações relevantes)
- 1.10. Existe alguma criança ou adolescente do grupo familiar que não tem acesso a atividades de lazer, recreação e convívio social?
|__| Não |__| Sim (Caso afirmativo, utilize a parte "Observações" para descrever nome, contato e informações relevantes)
- 1.11. Existe algum idoso do grupo familiar que não tem acesso a atividades de lazer, recreação e convívio social?
|__| Não |__| Sim (Caso afirmativo, utilize a parte "Observações" para descrever nome, contato e informações relevantes)
- 1.12. Há pessoas dependentes (criança, adolescente, idoso ou pessoa com deficiência) que permanecem períodos do dia em casa sem a companhia de um adulto?
|__| Não |__| Sim (Caso afirmativo, utilize a parte "Observações" para descrever nome, contato e informações relevantes)

2. RELAÇÕES DE CONVIVÊNCIA FAMILIAR

2.1. Percepção/Avaliação do técnico sobre as <u>relações conjugais</u> na família, se for o caso	Nome do técnico	Data (Mês/Ano)
__ Conflituosa, com violência __ Conflituosa, sem violência __ Sem conflitos relevantes		--/-----
__ Conflituosa, com violência __ Conflituosa, sem violência __ Sem conflitos relevantes		--/-----
__ Conflituosa, com violência __ Conflituosa, sem violência __ Sem conflitos relevantes		--/-----
2.2. Percepção/Avaliação do técnico sobre as <u>relações entre pais/responsáveis e os filhos</u> (Incluir relações entre padrasto/madrasta e enteados)	Nome do técnico	Data (Mês/Ano)
__ Conflituosa, com violência __ Conflituosa, sem violência __ Sem conflitos relevantes		--/-----
__ Conflituosa, com violência __ Conflituosa, sem violência __ Sem conflitos relevantes		--/-----
__ Conflituosa, com violência __ Conflituosa, sem violência __ Sem conflitos relevantes		--/-----

Nome da Criança/Adolescente: _____ Nº Prontuário: _____

Ficha O - ACESSO A BENEFÍCIOS SOCIOASSISTENCIAIS E INCLUSÃO EM PROGRAMA DE TRANSFERÊNCIA DE RENDA

1. BENEFÍCIOS OU PROGRAMAS DE TRANSFERÊNCIA DE RENDA

Data de registro	*Tipo de Benefício	**Quem recebe?	***Órgão/Serviço que concedeu o benefício	Observações
--/ /----	_	_	_	
--/ /----	_	_	_	
--/ /----	_	_	_	
--/ /----	_	_	_	
--/ /----	_	_	_	
--/ /----	_	_	_	
--/ /----	_	_	_	
--/ /----	_	_	_	
--/ /----	_	_	_	
--/ /----	_	_	_	
--/ /----	_	_	_	
--/ /----	_	_	_	
--/ /----	_	_	_	
--/ /----	_	_	_	
--/ /----	_	_	_	
--/ /----	_	_	_	
--/ /----	_	_	_	
--/ /----	_	_	_	
--/ /----	_	_	_	
--/ /----	_	_	_	
--/ /----	_	_	_	
--/ /----	_	_	_	
--/ /----	_	_	_	
--/ /----	_	_	_	
--/ /----	_	_	_	

* **Tipos de Benefícios:** **1** – Auxílio Natalidade; **2** – Auxílio Funeral; **3** – Item/Kit específico para enfrentamento de situações de Emergência ou Calamidade Pública; **4** – Cesta Básica; **5** – Aluguel social/pagamento de aluguel; **6** – BPC Idoso; **7** – BPC Pessoa com Deficiência; **8** – Bolsa Família; **9** – Outro (especifique nas observações)

** **Quem recebe?** (Referência de parentesco/vínculo com a criança/adolescente acolhido): **1** – A criança/adolescente acolhido; **2** – A família; **3** – Mãe; **4** – Pai; **5** – Avó/Avô; **6** – Tia/Tio; **7** – Primo/Prima; **8** – Outro (especifique nas observações)

*** **Quem concedeu o benefício?** **1** – Própria Unidade de Acolhimento; **2** – Outra Unidade de Acolhimento; **3** – CRAS; **4** – CREAS; **5** – Secretaria Municipal de Assistência Social; **6** – Outro (especifique)

PROFISSIONALIZAÇÃO (ADOLESCENTE) – LISTA DE INTERESSES

(Atenção! Toda anotação incluída neste espaço deve ser precedida de data, nome e função do profissional responsável pela anotação)

Com quais profissões o adolescente se identifica?

1.	5.	9.
2.	6.	10.
3.	7.	11.
4.	8.	12.

Há possibilidade de inclusão em cursos relacionados às áreas de interesse do adolescente?

Não. Por quê? _____

Sim. Em quais locais? (Usar os números de referência da tabela anterior)

1.	5.	9.
2.	6.	10.
3.	7.	11.
4.	8.	12.

Há possibilidade de inclusão em atividades profissionais relacionadas às áreas de interesse do adolescente?

Não. Por quê? _____

Sim. Em quais locais? (Usar os números de referência da primeira tabela)

1.	5.	9.
2.	6.	10.
3.	7.	11.
4.	8.	12.

Nome da criança/adolescente: _____ Nº Prontuário: _____

PROFISSIONALIZAÇÃO (ADOLESCENTE) - Espaço para observações, acréscimo e atualização de informações referentes à profissionalização do adolescente *(Atenção! Toda anotação incluída neste espaço deve ser precedida de data, nome e função do profissional responsável pela anotação)*

Lined area for professionalization observations, increments, and updates of information.

Nome da criança/adolescente: _____ Nº Prontuário: _____

Ficha R - ACOMPANHAMENTO DE SAÍDAS DA CRIANÇA E ADOLESCENTE DA UNIDADE DE ACOLHIMENTO

(Para saídas de média/longa permanência, portanto, não cabe para consultas, escola e outros similares)

1. SAÍDAS DA CRIANÇA/ADOLESCENTE DA UNIDADE DE ACOLHIMENTO

Data de Saída	Data de Retorno	Horário Saída	Horário Retorno	Motivo Saída*	Responsável na unidade pela liberação (Nome completo)	Responsável pelo acompanhamento do adolescente durante sua saída	Parentesco**	Telefone	Assinatura
__/__/____	__/__/____	___h___min	___h___min	_ Outro:			_		
__/__/____	__/__/____	___h___min	___h___min	_ Outro:			_		
__/__/____	__/__/____	___h___min	___h___min	_ Outro:			_		
__/__/____	__/__/____	___h___min	___h___min	_ Outro:			_		
__/__/____	__/__/____	___h___min	___h___min	_ Outro:			_		
__/__/____	__/__/____	___h___min	___h___min	_ Outro:			_		
__/__/____	__/__/____	___h___min	___h___min	_ Outro:			_		
__/__/____	__/__/____	___h___min	___h___min	_ Outro:			_		
__/__/____	__/__/____	___h___min	___h___min	_ Outro:			_		
__/__/____	__/__/____	___h___min	___h___min	_ Outro:			_		

***Motivo saída:** 1 – ida para a casa dos pais/responsáveis; 2 – ida para a casa de madrinha/padrinho afetivo(a); 3 – permanência com pretendentes à adoção; 4 – ida para a casa de outros parentes; 5 – viagem; 6 - outro

****Parentesco:** 1 - Mãe; 2 - Pai; 3 - Irmão/irmã; 4 - Avó/Avô; 5 - Tia/tio; 6 - Primo/prima; 7 - Madrinha/padrinho; 8 - Mãe/pai adotivo; 9 - Outro (especifique).

Nome da Criança/Adolescente: _____

Nº Prontuário: _____

Por favor, destaque o formulário para ser entregue à pessoa a ser encaminhada para outro serviço da rede socioassistencial ou de outras políticas públicas.



Ficha S - FORMULÁRIO DE ENCAMINHAMENTO

Registro de Encaminhamento Nº _____

Encaminhamento:

- | | Pais/Responsáveis
- | | Demais pessoas da família de origem
- | | Outro(s): _____

Área para qual está sendo feito o encaminhamento:

- | | Outra Unidade/Serviço da Assistência Social: _____
- | | Saúde
- | | Educação
- | | INSS
- | | Habitação
- | | Defensoria Pública
- | | Trabalho e Profissionalização
- | | Outra: _____

Especifique o órgão/unidade para o qual está sendo feito o encaminhamento: _____

Objetivo/Motivo: _____

Data: __/__/_____

Formulário de Encaminhamento

Encaminho o(a) _____
e solicito seu atendimento no(a) _____ localizado(a)
no(a) _____

tendo em vista as necessidades identificadas por esta
Unidade de Acolhimento, expostas a seguir:

Data: __/__/_____

Nome da Unidade: _____

Responsável: _____

Telefone:() _____

Registro de Encaminhamento Nº _____

Encaminhamento:

- | | Pais/Responsáveis
- | | Demais pessoas da família de origem
- | | Outro(s): _____

Área para qual está sendo feito o encaminhamento:

- | | Outra Unidade/Serviço da Assistência Social: _____
- | | Saúde
- | | Educação
- | | INSS
- | | Habitação
- | | Defensoria Pública
- | | Trabalho e Profissionalização
- | | Outra: _____

Especifique o órgão/unidade para o qual está sendo feito o encaminhamento: _____

Objetivo/Motivo: _____

Data: __/__/_____

Formulário de Encaminhamento

Encaminho o(a) _____
e solicito seu atendimento no(a) _____ localizado(a)
no(a) _____

tendo em vista as necessidades identificadas por esta
Unidade de Acolhimento, expostas a seguir:

Data: __/__/_____

Nome da Unidade: _____

Responsável: _____

Telefone:() _____



Secretaria Nacional de Assistência Social
MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL