FORMULÁRIO DE REGISTRO DE INFORMAÇÕES

DA ESCUTA ESPECIALIZADA

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| DADOS DA CRIANÇA OU DO ADOLESCENTE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Data: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| Nome: |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Data de nascimento: | | | | | | |  | | | | | Idade: | | |  | | | | | | | |  |
| Nome dos pais e/ou responsáveis: | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Endereço: | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Telefone dos pais/responsáveis: | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| Instituição de ensino que frequenta: | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DADOS DOS GENITORES/RESPONSÁVEIS LEGAIS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nome do Pai: | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Telefone pessoal: | | | | |  | | | | | | | | | Telefone Comercial | | | | | |  | | | |
| Nome da mãe: | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Telefone pessoal: | | | | |  | | | | | | | | | Telefone Comercial | | | | | |  | | | |
| Endereço do responsável caso não more com a criança: | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Descrever as pessoas que residem com a criança (nome e grau de vinculação): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VIOLÊNCIA IDENTIFICADA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| A criança/adolescente é: | | | | | | | | | ( ) vítima | | | | | | | ( ) Testemunha de violência | | | | | | | |
| Tipo de Violência: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ( ) Física | | | | | | | ( ) Psicológica | | | | | | ( ) Sexual | | | | | | ( ) Institucional | | | | |
| Se for violência sexual. Qual: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ( ) Abuso | | | | | | | ( ) Exploração comercial/ou de imagem | | | | | | | | | | | ( ) Tráfico de pessoas | | | | | |
| ( ) outro. Qual? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Relato da criança ou adolescente/Testemunha: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Encaminhamentos realizados antes da Escuta Especializada/Revelação espontânea: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ( ) Nenhum | | | | | | ( ) Conselho Tutelar | | | | | | | ( ) Rede de Assistência Social | | | | | | | | ( ) Rede de Saúde | | |
| ( ) Polícia civil | | | | | | ( ) Polícia Militar | | | | | | | ( ) Ministério Público | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PROFISSIONAL DE REFERÊNCIA  (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nome: |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cargo: |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Local de trabalho | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Assinatura do Profissional Referência | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PROFISSIONAL RESPONSÁVEL PELA REVELAÇÃO ESPONTÂNEA  (PREENCHIMENTO **NÃO** OBRIGATÓRIO) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nome: |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cargo: |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Local de trabalho: | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vínculo com a vítima: | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| Assinatura do Profissional Referência | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |