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 |  |