MODELO 6

PLANO INDIVIDUAL DE ATENDIMENTO

Data:_____ Responsável pelo preenchimento:_____

Violência encaminhada: _____

Violência identificada: _____

DADOS PESSOAIS

Nome Criança/Adolescente:_____

D.N. ____/_____/_____ Idade:_____

Raça/Etnia:_____ Orientação sexual:_____

Identidade de gênero: _____ Religiosidade/ Crença:_____

Endereço:_____nº_____

Bairro:_____ Ponto de referência:_____

Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

Telefone:_____ Telefone Rec._____

Genitora: _____DN: ____/____/_____

Raça/Etnia:_____ Orientação sexual:_____

Identidade de gênero: _____ Religiosidade/ Crença:_____

É o mesmo endereço da criança / adolescente? ( ) sim ( ) não

Endereço:_____nº_____

Bairro:_____ Ponto de referência:_____

Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

Telefone:_____ Telefone Rec._____

Região de trabalho:_____ Horário:_____

Dias de folgas:_____

Genitor: _____DN: ____/____/_____

Raça/Etnia:_____ Orientação sexual:_____

Identidade de gênero: _____ Religiosidade/ Crença:_____

É o mesmo endereço da criança / adolescente? ( ) sim ( ) não

Endereço:_____nº_____

Bairro:_____ Ponto de referência:_____

Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

Telefone:_____ Telefone Rec._____

Região de trabalho:_____ Horário:_____

Dias de folgas:_____

Outro Responsável: _____

DN: ____/____/_____ Grau de parentesco_____

Raça/Etnia:_____ Orientação sexual:_____

Identidade de gênero: _____ Religiosidade/ Crença:_____

É o mesmo endereço da criança / adolescente? ( ) sim ( ) não

Endereço:_____nº_____

MODELO 6

COMPOSIÇÃO FAMILIAR

Nome	Idade	Vínculo	Escolaridade	Profissão
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				

RENDA FAMILIAR**:**

( ) De 0 à 01 Salário Mínimo ( ) De 01 à 02 Salários Mínimos ( ) De 02 à 03 Salários Mínimos

( ) Acima de 03 Salários Mínimos ( ) Não possui renda

VIOLÊNCIA ENCAMINHADA

_____

Obs.: Se atentar ao encaminhamento recebido e informações obtidas no primeiro encontro

VIOLÊNCIA FÍSICA ( ) _____(Com uso ou sem uso de instrumentos, etc.)
VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA: ( ) Alienação Parental ( ) Racismo ( ) Gordofobia ( ) Xenofobia ( ) Ofensa/Xingamento ( ) Testemunhal ( ) Outros:_____
VIOLÊNCIA SEXUAL: ( ) A. Sexual ( ) Exploração sexual ( ) Tráfico de pessoas para fins de exploração sexual
NEGLIGÊNCIA: ( ) _____

Atitudes adotadas após a revelação da violência:
( ) Credibilidade na fala da criança/adolescente ( ) A criança/adolescente foi acolhido (a)

( ) Foi lavrado Boletim de Ocorrência ( ) Houve acompanhamento na área da saúde
( ) Houve afastamento imediato do autor da violência

Autor da denúncia: _____
Onde se tornou público_____Quando:_____
Possui Boletim de Ocorrência: _____

Outras violências identificadas:_____
_____

IDENTIFICAÇÃO DOS AUTORES DA VIOLÊNCIA

Nome: _____Vínculo com a criança:_____
Contato com a criança/adolescente? ( ) sim ( ) não
Apresenta riscos a criança/adolescente? ( ) sim ( ) não
Tipos de risco:_____

REDE DE APOIO FAMILIAR

Nome: _____ Vínculo:_____

Nome: _____ Vínculo:_____

Nome: _____ Vínculo:_____

Rede de apoio para a criança:

Nome: _____ Vínculo:_____

Nome: _____ Vínculo:_____

Nome: _____ Vínculo:_____

Rede de apoio secundária:_____

_____

_____

_____

INFORMAÇÕES DE SAÚDE

UBS de Referência: _____

Algum membro da composição familiar possui alguma doença crônica?

Quem? _____

Quais? _____

Possui diagnóstico? _____ CID ?_____

Local de Acompanhamento: _____

Algum membro da composição familiar realiza acompanhamento de saúde mental?

( ) Sim ( ) Não Quem? _____

Local: ( ) CAPS ( ) UBS ( ) Outros _____

Toma alguma medicação de uso contínuo? ( ) Sim ( ) Não

Quem?_____ Qual? _____

O medicamento é ofertado pelo SUS? ( ) Sim ( ) Não

EDUCAÇÃO E CULTURA

Educação:

CEI ( )

Fund I ( ) 1º ( ) 2º ( ) 3º ( ) 4º **Fund II** ( ) 5º ( ) 6º ( ) 7º ( ) 8º ( ) 9º

Ensino médio ( ) 1º ( ) 2º ( ) 3º

Instituição:_____

Contra turno escolar:

( ) CCA ( ) CJ ( ) CEDESP ( ) Outros: _____

Instituição:_____

Cultura/Arte:_____

Local:_____

Lazer/Esporte:_____

Local:_____

Cursos:_____

Local:_____

Outro membro da família frequenta ou tem interesse nas atividades citadas? ( ) Sim ( ) Não

_____

PROTEÇÃO SOCIAL

A família é inscrita no Cadastro Único? ( ) Sim ( ) Não

Número do NIS:_____

Algum membro da família está inserido em serviço da Proteção Social Básica/CRAS?

Qual? _____

Possui: ( ) PTR _____ ( ) BPC _____

Algum membro da família está inserido em serviço da Proteção Social Especial/CREAS?

Qual? _____

Algum membro da família egresso do sistema prisional ou em privação de liberdade? _____

_____

ACOMPANHAMENTO

( ) Ministério Público ( ) Defensoria Pública ( ) Vara da Infância e Juventude

( ) Vara da Família ( ) Conselho Tutelar ( ) Outro:_____

CONDIÇÕES DE MORADIA

A família reside em:

( ) casa ( ) apartamento ( ) pensão ( ) cortiço ( ) provisório ( ) ocupação ( ) outros_____

Tipo de Construção:

( ) alvenaria ( ) madeira ( )lona ( ) materiais reaproveitados ( ) outros _____

O imóvel é:

( ) próprio ( ) cedido ( ) ocupado( ) alugado ( ) institucional _____

Estrutura do imóvel:

N° de cômodos _____ Banheiro interno ( ) sim ( ) não - Se não, é compartilhado? ( )sim ( )não

Há quintal: ( ) sim ( ) não Residem mais famílias no mesmo terreno: ( )sim ( )não

TRABALHO PSICOSSOCIOEDUCATIVO

Quais as expectativas da família frente ao acompanhamento no SPVV?

_____

_____

_____

_____

PLANO DE ACOMPANHAMENTO

AÇÕES E ENCAMINHAMENTO		PRAZO
SAÚDE		
EDUCAÇÃO		
ASSISTÊNCIA SOCIAL		
HABITAÇÃO		
JURÍDICO		
CULTURA/ LAZER		
TRABALHO PSICOSSOCIEDUCATIVO		

I - **REAVALIAÇÃO DAS AÇÕES E ENCAMINHAMINHAMENTOS:**

DATA: _____ **PROFISSIONAL:** _____

1- Os encaminhamentos do PIA foram realizados?

2- Houve novas demandas durante o acompanhamento?

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

II - **REAVALIAÇÃO DAS AÇÕES E ENCAMINHAMINHAMENTOS:**

DATA: _____ **PROFISSIONAL:** _____

1- Os encaminhamentos do PIA foram realizados?

2- Houve novas demandas durante o acompanhamento?

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____ _____ _____

ADOLESCENTE **RESPONSÁVEIS** **PROFISSIONAL**