ANEXO X

Modelo de ficha de notificação compulsória

FICHA DE NOTIFICAÇÃO E INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL
PROTOCOLO VOZ

1. DADOS GERAIS DA NOTIFICAÇÃO/INFORMAÇÃO	
1.1. Data da notificação/INFORMAÇÃO:	1.2. Município da notificação/informação:
( ) Escuta especializada ( ) Depoimento Especial	
1.3. 1º Órgão ou entidade notificadora:	
1.4: Profissional responsável pelo registro de notificação:	
1.5. Endereço do órgão ou entidade notificadora:	
1.6. Telefones:	1.7. E-Mail:
1.8. Data do evento:	1.9. Hora do evento notificado:

2. DADOS DA CRIANÇA OU ADOLESCENTE				
2.1. Nome:				
É Pessoa com Deficiência? ( ) Sim ( ) Não Qual: _____ tecnologia assistiva? "A criança/ adolescente necessita de tecnologia assistiva ou auxilio técnico?: ( ) Sim, qual (is)? _____ ( ) Não."				
2.2. Data de nascimento	2.3. Idade	2.4.Sexo/ gênero	2.5. Naturalidade	2.6. Nacionalidade
____/____/____				
2.7.Cor:	2.8. Raça:			
2.7. Filiação:				
2.8. Nome do responsável pelo acompanhamento da criança no momento da notificação				
2.9. Endereço residencial e/ou Situação de Moradia : ( ) acolhimento ( ) cumprimento de medida sócio- educativa ( ) situação de Rua				
2.10. Telefones	2.11. E-Mail		2.12. Escolaridade	

3. COMPOSIÇÃO DO NÚCLEO FAMILIAR		
3.1. Possui irmãos?	3.2. Quantos irmãos?	3.3. Quantos irmãos menores?

3.4. Pessoas que convivem na mesma residência		
Nome	Idade	Parentesco

4. SITUAÇÃO ECONÔMICA DO NÚCLEO FAMILIAR	
4.1. Renda familiar:	4.2. Renda familiar *per capita:*

4.3. Responsáveis pela renda familiar		
Nome	Fonte de renda	Valor da renda

5. TIPO(s) DE VIOLAÇÃO DE DIREITOS SOB SUSPEITA OU COMPROVADA (possível marcar mais de uma opção)	
( ) Violência física ( ) Violência sexual ( ) Violência psicológica ( ) Violência institucional ( ) Exploração sexual	( ) Situação de rua ( ) Trabalho infantil ( ) Negligência ( ) Abandono ( ) Outra(s) Qual(is)?

6. SÍNTESE INFORMATIVA (o que foi relatado e o motivos que fundamentam a notícia)
6.1. Estudos Técnicos já formam realizados?
6.2. Que tipo de Estudo?
6.3. Em qual local?
( ) CT ( ) Delegacia ( ) CRAS/CREAS ( ) Judiciário ( ) Consultório particular ( ) Entidades da sociedade civil Quais ? ( ) NACA ( ) Serviços especializados: _____

7. SUPOSTO AUTOR				
7.1. Nome:				
7.2. Data de nascimento	7.3. Idade	7.4. Sexo ou gênero	7.5. Naturalidade	7.6. Nacionalidade
_____/_____/_____				
7.7. Filiação:				
7.8. Endereço ou local onde possa ser encontrado:				

8. RELAÇÃO DA VÍTIMA COM O SUPOSTO AUTOR
8.1. A vítima e o suposto autor possuem relação de parentesco?
( ) Não ( ) Sim Qual?
8.2. O suposto autor responde a algum processo judicial?
( ) Não ( ) Sim Qual o número?
8.3. Há medida protetiva decretada anteriormente em relação ao suposto autor?
( ) Não ( ) Sim Qual?
8.4. Ocorreram fatos semelhantes envolvendo o suposto autor anteriormente?
( ) Não ( ) Sim Qual e quantas vezes?

9. INFORMAÇÕES PRESTADAS PELOS RESPONSÁVEIS SOBRE OS FATOS NARRADOS
9.1. Ocorreram fatos violentos anteriormente, relatados ou não, contra a vítima, familiares etc.?
( ) Não ( ) Sim Descrição do fato:
9.2. Há histórico de abuso sexual ou outras violências na família?
( ) Não ( ) Sim Descrição:
9.3. Existe alguma situação de risco para crianças e adolescentes do núcleo no domicílio ou na comunidade?
( ) Não ( ) Sim Qual?
9.5. Há testemunhas dos fatos narrados? (em caso afirmativo, indicar nomes e contatos)
( ) Não ( ) Sim

Nome	Endereço e/ou telefone

9.6. Há outras provas dos fatos narrados?
( ) Não ( ) Sim Quais?
9.7. Em que local os eventos narrados ocorreram?
9.8. Existe processo judicial em curso? Qual: _____
( ) Residência ( ) Local público ( ) Outro:
Preenchido por: (UNIDADE): cargo/função/ matricula: Contato telefônico: E-mail: Data do preenchimento: Houve escuta? ( ) SIM ( ) NÃO Encaminhamentos: ( ) Conselho Tutelar ( ) Polícia ( ) Outros. Quais: _____
10. SECRETARIA DE SAÚDE
10.1. Local de acompanhamento de saúde da criança e profissional de referência:
10.2. Quem acompanhou a criança / adolescente no momento do atendimento pelo equipamento de saúde?
10.3. A criança apresenta alguma doença?
10.4. A criança faz uso de medicação, ou realiza algum procedimento contínuo de tratamento?
10.5. A criança já realiza/realizou acompanhamento psicológico? (Período e Psicólogo de Referência)
10.6. Após a notícia de violência, a vítima foi atendida em alguma unidade de saúde? Qual?
10.7. Quais procedimentos realizados? ( ) Encaminhamento para profilaxias ( ) Outros Qual (is)?
10.8. A Ficha do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAM/MS) foi preenchida? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não soube informar

10.9. Em caso negativo acima, foram encaminhadas ações para o preenchimento? ( ) Sim Quais? ( ) Não
10.10. Após o preenchimento da Ficha do SINAM/MS houve notificação junto ao Conselho Tutelar? ( ) Sim ( ) Não
10.11. A vítima possui algum exame médico ou laudo psicológico?
( ) Não ( ) Sim
Em caso de Violência sexual resultou em: ( ) gravidez ( ) DST ( ) Outros: _____

10.12. Local/setor de atendimento	Data	Exame / Laudo

Observações importantes:_____
_____
_____

Preenchido por: (UNIDADE):
cargo/função/matricula:
Contato telefônico:
E-mail:
Data do preenchimento:
Houve escuta? ( ) SIM ( ) NÃO

11. CONSELHO TUTELAR	
11.1. Unidade:	11.2. Data do atendimento:
11.3. Quem acompanhou a criança/adolescente no momento do atendimento pelo equipamento do Conselho Tutelar?	
11.4. Conselheiro Tutelar responsável pelo caso:	
11.5. Qual integrante da equipe técnica do Conselho Tutelar prestou o primeiro atendimento?	
11.6. Endereço da unidade: Telefones da unidade:	
11.7. Já possui algum registro no CT? ( ) Sim ( ) Não Em caso positivo, existe aplicação de medidas protetivas anteriores?	
11.8. Houve registro / denúncia junto aos órgãos de justiça e segurança?	
11.9. HÁ SUSPEITA DE VIOLAÇÕES DE DIREITOS REFERNTES À CRIANÇA / ADOLESCENTE E/ OU À FAMÍLIA? ( ) Sim ( ) Não Em caso positivo, qual (is)? ( ) Situação de Rua ( ) Trabalho Infantil ( ) Violência Sexual ( ) Exploração Sexual ( ) Violência Física ( ) Violência psicológica ( ) Violência Institucional ( ) Negligência ( ) Abandono ( ) Outros	
11.10. PROCEDIMENTOS E ENCAMINHAMENTOS:	
11.11. A criança relatou espontaneamente a violência? Como ocorreu o relato? Para qual integrante do Conselho Tutelar?	
1.12. Como foi a participação dos pais ou responsáveis? Possuem dificuldades para contato? Quais?	
1.13. Foi realizada visita domiciliar?	
Observações importantes: _____ _____ _____ _____	

12. SECRETARIA DE EDUCAÇÃO
12.1. Local onde estuda? (nome e endereço) Outros locais onde estudou?
12.2. Escolaridade:
12.3. Avaliação da frequência escolar: Houve o preenchimento da Ficha de Comunicação do Aluno Infrequente (FICAI) e seu encaminhamento ao Conselho Tutelar para providências a serem tomadas? ( ) sim ( ) não
12.4. Avaliação da participação da criança nas atividades propostas:
12.5. Foi observado alguma alteração no comportamento? Qual? Em qual período?
12.6. A criança relatou ter vivenciado situação de violência? Como ocorreu o relato? Quais encaminhamentos feitos pela escola? _____ Houve a necessidade de acionamento do Conselho Tutelar para aplicação de medidas protetivas? ( ) sim ( ) não
12.7. Como é a participação dos responsáveis nas reuniões escolares? Possuem dificuldades para contato? Quais?
12.8.Observações importantes: Não deverá realizar a Escuta sobre os fatos/Lei13431/2017 _____ _____ _____

Preenchido por: (UNIDADE):

Cargo/função/ matrícula:

Contato telefônico:

E-mail:

Data do preenchimento:

13. SECRETARIA DE ASSISTENCIA SOCIAL	
13.1. Unidade:	13.2. Data do atendimento:
13.3. Endereço da unidade	
13.4. Telefones da unidade	
13.5. Está incluso no cadastro Único da Assistência Social? ( ) sim: ( ) não: Motivo : _____	
13.6. Em qual equipamento? ( ) CRAS ( ) CREAS ( ) Acolhimento: Qual Umidade: _____	
13.7. Possui a documentação básica? ( ) certidão de nascimento ( ) carteira Identidade ( ) título eleitoral ( ) CPF _____	
13.8. A família ou o adolescente está incluso no Cadastro Único da Assistência Social (Cad.Único)? ( ) Sim ( ) Não. Em caso positivo, a família e ou o adolescente está referenciado em qual equipamento? ( ) CRAS (nome: _____; ( ) CREAS (nome: _____; ( ) Outros: _____.	
13.9. É beneficiário dos Programas, projetos, serviços e da transferência de renda (Programa Bolsa Família – PBF), Cartão Família Carioca e Benefício de Prestação Continuada – BPC? 1) Em quais serviços o atendimento é realizado? ( ) PAIF ( ) PAEFI ( ) SCFV Outros, quais? _____; 2) Quais benefícios socioassistenciais recebe? ( ) PBF ( ) BPC ( ) Cartão Família Carioca ( ) Outros, quais?	
13.10. Há suspeita de violações de direitos referentes à criança/ adolescente e a família? ( ) sim ( ) não ( ) Situação de Rua ( ) Trabalho Infantil ( ) Violência Sexual ( ) Exploração Sexual ( ) Violência Física ( ) Violência psicológica ( ) Negligência ( ) Abandono ( )Violência Institucional qual:_____	
13.11 Quem acompanhou a criança/ adolescente no momento do atendimento pelo equipamento da Assistência Social? ( ) pais ( ) responsáveis ( ) parentes ( ) ninguém ( ) outros: _____	

Descreva se no atendimento foram observadas fragilidades na relação familiar. Foram identificadas situações de vulnerabilidade social e/ou fragilidade de vínculos familiares e comunitários? Sim ( ) Não ( ). Em caso positivo, especifique: Situações de Isolamento ( ), Negligências ( ), Situação de rua ( ), Exploração do trabalho infantil ( ), Evasão e/ou baixo rendimento escolar ( ); Ruptura dos vínculos familiares ( ); Ruptura de vínculos comunitários ( ); Vivência de violências ( ), limitações impostas por deficiências ( ); Outros, quais?
PROCEDIMENTOS E ENCAMINHAMENTOS:
Observações importantes: _____ _____ _____ _____
Foi realizado encaminhamento ao CONSELHO TUTELAR? _____

Preenchido por: (UNIDADE):
cargo/função/ matricula:
Contato telefônico:
E-mail:
Data do preenchimento:
Houve escuta: ( ) SIM ( ) NÃO

14. MEDIDAS PROTETIVAS (AUTORIDADE POLICIAL)
14.1. Em caso de convivência na mesma residência do acusado, tem possibilidade de continuar morando no mencionado local?
( ) Não ( ) Sim
11.2. Houve algum tipo de ameaça?
( ) Não ( ) Sim
11.3. Quantas vezes ocorreu a violência? ( ) Uma vez ( ) Mais de uma vez
11.4. Deseja que o autor seja afastado do lar para garantir sua segurança?
( ) Não ( ) Sim
11.5. Deseja que seja proibida a aproximação do autor do fato?
( ) Não ( ) Sim
11.6. Deseja proibir que o autor do fato mantenha contato com a criança ou adolescente em situação de violência?
( ) Não ( ) Sim

BREVES CONSIDERAÇÕES:
INFORMAÇÕES sobre a VIOLÊNCIA:

DADOS DO PROFISSIONAL:

Preenchido por:

Cargo/função/matricula:

Contato telefônico:

E-mail:

Data do preenchimento: