

**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 \_\_\_\_\_

**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:

Nº 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 ENCAMINHAMENTOS:**

**DATA:** \_\_\_\_\_ **PROFISSIONAL:** \_\_\_\_\_

1- Os encaminhamentos do PIA foram realizados?

2- Houve novas demandas durante o acompanhamento?



MODELO 6

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

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

**DATA:** \_\_\_\_\_ **PROFISSIONAL:** \_\_\_\_\_

1- Os encaminhamentos do PIA foram realizados?

2- Houve novas demandas durante o acompanhamento?

---

---

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
**ADOLESCENTE**

\_\_\_\_\_  
**RESPONSÁVEIS**

\_\_\_\_\_  
**PROFISSIONAL**