

MODELO DE PAI

(NO CABEÇALHO CONSTAR O NOME DO PROGRAMA DE ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL OU NOME DO PÓLO DE ACOMPANHAMENTO DO PROGRAMA DE ACOLHIMENTO FAMILIAR)



PLANO DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL – PAI

NOME DA CRIANÇA OU ADOLESCENTE:

PROCESSOS RELACIONADOS	TIPO DE AÇÃO

1- PROGRAMA DE ACOLHIMENTO:
1. 1. TIPO DE PROGRAMA DE ACOLHIMENTO: () FAMILIAR () INSTITUCIONAL

2- INGRESSO
2.1. DATA DE INGRESSO: ___/___/___
2.2. Nº. DA GUIA DE ACOLHIMENTO: _____

3- MOTIVO DO ACOLHIMENTO
DESCRIÇÃO: (EXPLICITAR A SITUAÇÃO DE MODO SUCINTO)

4 - IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA/ADOLESCENTE
4.1. DATA DE NASCIMENTO:
4.2. DOCUMENTAÇÃO:
POSSUI REGISTRO CIVIL DE NASCIMENTO? () SIM () NÃO CONSTA NOS AUTOS? () SIM () NÃO LOCALIDADE: _____ CIRCUNSCRIÇÃO: _____
ZONA DISTRITO LIVRO TERMO FLS.
CART. DE IDENTIDADE Nº _____ ÓRGÃO EMISSOR _____
CPF _____

5 - IDENTIFICAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS				
5.1. MÃE :				
DOCUMENTAÇÃO:				
CARTEIRA DE IDENTIDADE N°:		ÓRGÃO EMISSOR:		
CPF:				
CASO NÃO TENHA OS DOCUMENTOS, INFORME SE A MAE POSSUI RCN OU CERTIDÃO DE CASAMENTO E SEUS DADOS:				
REGISTRO CIVIL DE: NASCIMENTO () CASAMENTO ()				
LOCALIDADE:		CIRCUNSCRIÇÃO:		
ZONA:	DISTRITO:	LIVRO:	TERMO:	FLS.:
ENDEREÇO: (COM PONTO DE REFERÊNCIA E CEP)				
EM CASO DE MÃE FALECIDA , INFORMAR :				
EXISTEM DADOS DA CERTIDÃO DE ÓBITO? () SIM () NÃO				
REGISTRO CIVIL DE ÓBITO				
LOCALIDADE:		CIRCUNSCRIÇÃO:		
ZONA:	DISTRITO:	LIVRO:	TERMO:	FLS.:

5.2 PAI :				
CONSTA NO RCN DA CRIANÇA/ ADOLESCENTE ? () SIM () NÃO				
DOCUMENTAÇÃO				
CARTEIRA DE IDENTIDADE N°		ÓRGÃO EMISSOR		
CPF				
CASO NÃO TENHA OS DOCUMENTOS, INFORME SE O PAI POSSUI RCN OU CERTIDÃO DE CASAMENTO E SEUS DADOS:				
REGISTRO CIVIL DE: NASCIMENTO () CASAMENTO ()				
LOCALIDADE:		CIRCUNSCRIÇÃO		
ZONA	DISTRITO	LIVRO	TERMO	FLS.
ENDEREÇO: (COM PONTO DE REFERÊNCIA E CEP)				
EM CASO DE PAI FALECIDO, INFORMAR :				
EXISTEM DADOS DA CERTIDÃO DE ÓBITO? () SIM () NÃO				
REGISTRO CIVIL DE ÓBITO				
LOCALIDADE:		CIRCUNSCRIÇÃO:		
ZONA	DISTRITO	LIVRO	TERMO	FLS.

6 - OUTROS RESPONSÁVEIS:				
NOME:				
GRAU DE PARENTESCO OU QUAL A RELAÇÃO COM O ACOLHIDO:				
DOCUMENTAÇÃO				
CART. IDENTIDADE N°		ÓRGÃO EMISSOR :		CPF:
ENDEREÇO : (COM PONTO DE REFERÊNCIA E CEP)				
POR QUE ESTÁ RESPONSÁVEL PELO ACOLHIDO? (DESCREVER A SITUAÇÃO)				

7 - ESCOLARIDADE DO ACOLHIDO
FREQUENTA ESCOLA () SIM () NÃO - POR QUE?
NOME E ENDEREÇO DO ESTABELECIMENTO DE ENSINO:
NÍVEL DE ESCOLARIDADE:
RENDIMENTO : () ÓTIMO() BOM () REGULAR () INSUFICIENTE
PROBLEMAS DE APRENDIZAGEM () SIM () NÃO (EM CASO POSITIVO, INFORMAR QUAIS E ANEXAR CÓPIA DA AVALIAÇÃO)

8 - PROFISSIONALIZAÇÃO (ADOLESCENTES)
CURSO PROFISSIONALIZANTE ? () SIM () NÃO
QUAIS ? ONDE?
TRABALHA: () SIM () NÃO
LOCAL?
FUNÇÃO :

9 - CONDIÇÕES DE SAÚDE ATUAIS
NECESSITA DE TRATAMENTO MÉDICO OU ESPECIALIZADO? () SIM () NÃO
QUAIS? (RELACIONAR TODOS)
ESTÁ SENDO ATENDIDO EM SERVIÇOS DE SAÚDE ? () SIM () NÃO
QUAIS? (INFORMAR AS ESPECIALIDADES NAS QUAIS ESTÁ SENDO ATENDIDO, INCLUSIVE PSICOLOGIA)
INSTITUIÇÃO : ENDEREÇO E TELEFONE : NOME DO PROFISSIONAL DE REFERÊNCIA: (DIAGNOSTICO - ANEXAR COPIA DO LAUDO)

10 - VISITAÇÃO
QUEM VISITA A CRIANÇA/ADOLESCENTE? (REFERIR NOME COMPLETO, DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO, ENDEREÇO E TIPO DE REFERÊNCIA: FAMILIAR/RESPONSÁVEL/ PESSOA COM VÍNCULO SIGNIFICATIVO)
QUAL A FREQUÊNCIA?
COMO SE DÁ A INTERAÇÃO ENTRE O VISITANTE E A CRIANÇA/ADOLESCENTE ACOLHIDO?
QUAL A RECEPTIVIDADE DA CRIANÇA/ADOLESCENTE ACOLHIDO?
DATA DA ÚLTIMA VISITA:

11 - IRMÃOS
RELACIONAR ABAIXO ONDE SE ENCONTRAM OS IRMÃOS. CASO NÃO ESTEJAM EM PROGRAMA DE ACOLHIMENTO FAMILIAR OU INSTITUCIONAL, ESPECIFIQUE, TAMBÉM O(S) ENDEREÇO(S) ONDE SE ENCONTRAM

11.1. DADOS DOS IRMÃOS:

1-NOME:

IDADE:

ACOLHIDO ?

() SIM . NOME E ENDEREÇO DO PROGRAMA DE ACOLHIMENTO:

() NÃO . ENDEREÇO ATUAL:

2- NOME:

IDADE:

ACOLHIDO ?

() SIM . NOME E ENDEREÇO DO PROGRAMA DE ACOLHIMENTO:

() NÃO . ENDEREÇO ATUAL:

3-NOME:

IDADE:

ACOLHIDO ?

() SIM . NOME E ENDEREÇO DO PROGRAMA DE ACOLHIMENTO:

() NÃO . ENDEREÇO ATUAL:

4- NOME:

IDADE:

ACOLHIDO ?

() SIM . NOME E ENDEREÇO DO PROGRAMA DE ACOLHIMENTO:

() NÃO . ENDEREÇO ATUAL:

(SE EXISTIREM OUTROS IRMÃOS, CONTINUAR A LISTA, ACRESCENDO DADOS COMO ANTERIORMENTE)

11.2. CONTATOS E ENCAMINHAMENTOS

(ESPECIFICAR OS CONTATOS E ENCAMINHAMENTOS FEITOS EM RELAÇÃO AOS OUTROS PROGRAMAS DE ACOLHIMENTO EM QUE SE ENCONTRAM OS IRMÃOS)

12. ACOLHIMENTOS INSTITUCIONAL OU FAMILIAR ANTERIORES

ENTIDADE ANTERIOR E PERÍODO:

CAUSA DO RETORNO AO ABRIGO:

(FAVOR RELACIONAR TODOS OS ACOLHIMENTOS ANTERIORES)

13 - ATUAÇÃO TÉCNICA

13.1. ENCAMINHAMENTOS REALIZADOS

ENCAMINHAMENTOS

1º ENCAMINHAMENTO ____/____/____ (RELACIONAR ABAIXO: QUEM, PARA ONDE, RETORNO OBTIDO)

2º ENCAMINHAMENTO ____/____/____ (RELACIONAR ABAIXO: QUEM, PARA ONDE, RETORNO OBTIDO)

3ª ENCAMINHAMENTO ____/____/____ (RELACIONAR ABAIXO: QUEM, PARA ONDE, RETORNO OBTIDO)

AVALIAÇÃO SOCIAL

1ª AVALIAÇÃO ____/____/____ (FAZER SÍNTESE ABAIXO)

2ª AVALIAÇÃO ____/____/____ (FAZER SÍNTESE ABAIXO)

3ª AVALIAÇÃO ____/____/____ (FAZER SÍNTESE ABAIXO)

AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

1ª AVALIAÇÃO ____/____/____ (FAZER SÍNTESE ABAIXO)

2ª AVALIAÇÃO ____/____/____ (FAZER SÍNTESE ABAIXO)

3ª AVALIAÇÃO ____/____/____ (FAZER SÍNTESE ABAIXO)

13.2. PLANEJAMENTO DA ATUAÇÃO

13.2.1. REINTEGRAÇÃO FAMILIAR

Proposta a ser apreciada na audiência de reavaliação da medida de acolhimento, quanto aos responsáveis, com vistas à reintegração à família de origem ou família extensa.

(ESPECIFICAR OS RECURSOS NECESSÁRIOS)

1ª PROPOSTA – DATA:

2ª PROPOSTA – DATA:

13.2.2. COLOCAÇÃO EM FAMÍLIA SUBSTITUTA

Proposta a ser apreciada na audiência de reavaliação da medida de acolhimento, com vistas à Colocação em Família Substituta.

(ESPECIFICAR SE EXISTEM PESSOAS DE REFERÊNCIA: VIZINHOS, MADRINHA/PADRINHO, FAMÍLIA ACOLHEDORA, ENTRE OUTROS)

1ª PROPOSTA – DATA:

2ª PROPOSTA – DATA:

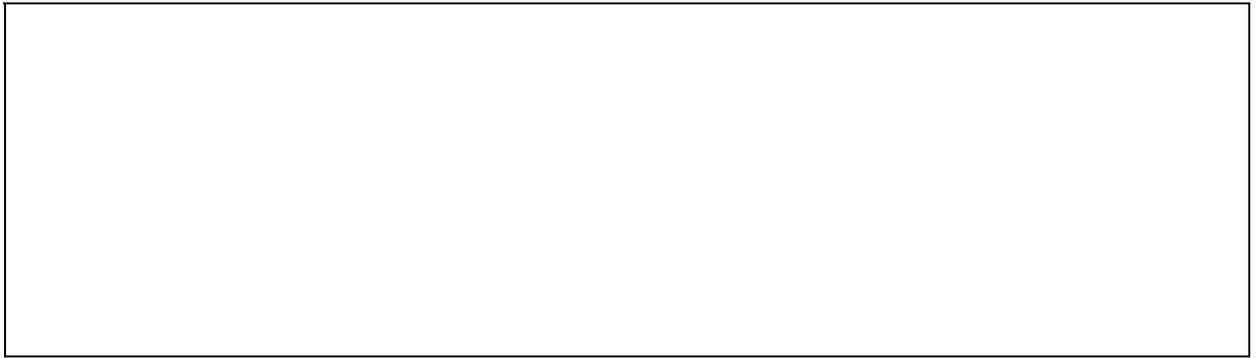
13.2.3. PRÓXIMA AUDIÊNCIA DE REAVALIAÇÃO DA MEDIDA DE ACOLHIMENTO.

() 1ª. () 2ª. () 3ª. () 4ª.

13.2.4. AS MEDIDAS APLICADAS OU PROVIDÊNCIAS DETERMINADAS EM AUDIÊNCIA ANTERIOR FORAM EFETIVADAS?

() SIM () NÃO

13.2.5. OBSERVAÇÕES:



DATA:

ASSINATURA DO(S) TÉCNICO(S):

NOME/ESPECIALIDADE/REGISTRO PROFISSIONAL/MATRÍCULA

14. PARECER DA EQUIPE TÉCNICA DO JUÍZO

DATA:

ASSINATURA DO(S) TÉCNICO(S):
NOME/ESPECIALIDADE/REGISTRO PROFISSIONAL/MATRÍCULA

15. MANIFESTAÇÃO DO MP

DATA:

ASSINATURA:

16. MANIFESTAÇÃO DA DEFENSORIA PÚBLICA

DATA:

ASSINATURA: