

**CADASTRO INDIVIDUAL DE CRIANÇA /ADOLESCENTE SOB MEDIDA DE PROTEÇÃO ABRIGO
SETORES TÉCNICOS DA VARA DA INFÂNCIA E DA JUVENTUDE**

Processo	Vara da Infância e Juventude	Comarca
Data do 1º Abrigamento / /	Data do abrigamento Atual / /	
Idade por ocasião do 1º Abrigamento	Data de Nascimento / /	

DADOS DA CRIANÇA/ADOLESCENTE

Nome _____

Cor Branca () Preta () Parda () Amarela () Vermelha ()

Sexo Masculino () Feminino ()

Tem problemas de saúde? Não () Sim () Especificar _____

Filiação _____

Existe informação do endereço da família/responsável nos autos ? Sim () Não () Por que? _____

A criança/adolescente está abrigada na região de moradia da família ? Sim () Não () Dado ignorado () _____

A família visita ? Sim () Não () Por que? _____

Há proibição judicial de visita ? Não () Sim () Por que? _____

A criança/adolescente tem irmãos:

Sim, com os pais	()	Quantos	()	
Sim, com outros familiares ou terceiros	()	Quantos	()	
Sim, abrigados na mesma instituição	()	Quantos	()	
Sim, abrigados em outras instituições	()	Quantos	()	Por que? _____
Não	()			

DADOS DO ABRIGO

Nome do abrigo onde a criança/adolescente está acolhida: _____

O abrigamento foi efetuado por : V.I.J () Conselho Tutelar () Outros () Especificar _____

O abrigamento foi solicitado/ aceito pela família? Sim () Não ()

O abrigo está na mesma jurisdição da Vara ? Sim () Não () Por que? _____

MOTIVOS DO ABRIGAMENTO

Situação que motivou o abrigo :

	Pai	Mãe	Terceiros
<input type="checkbox"/> falecimento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> alcoolismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> drogadição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> deficiência/ transtornos mentais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> cumprimento de pena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> negligência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> abandono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> violência sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> violência física	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> falta de condições sócio-econômicas / habitacionais da família			
<input type="checkbox"/> dificuldades em lidar com os problemas de comportamento apresentados pela criança/adolescente			
<input type="checkbox"/> deficiência /transtornos mentais da criança/adolescente			
<input type="checkbox"/> criança/adolescente em situação de rua			
<input type="checkbox"/> outros - Especificar			

ENCAMINHAMENTO EFETUADOS E / OU EM ANDAMENTO

<input type="checkbox"/> intervenção junto à família visando reinserção da criança/adolescente	DPF tramitando	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> inserção em família sob guarda/tutela		
<input type="checkbox"/> adoção	DPF concluída	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> acompanhamento/perspectiva de longa permanência no abrigo		
<input type="checkbox"/> profissionalização/trabalho para desabrigo e reinserção social	Data da Sentença	___/___/___
<input type="checkbox"/> outros		

DESABRIGAMENTO

Data do Desabrigo ___/___/___

Medidas:

retorno a família	<input type="checkbox"/>
adoção	<input type="checkbox"/>
guarda/tutela	<input type="checkbox"/>
Desligado por maioridade	<input type="checkbox"/>
outros	<input type="checkbox"/>

Qual?

Assistente Social _____

Data ___/___/___

Psicólogo _____