

FORMULÁRIO REVELAÇÃO ESPONTÂNEA DE VÍTIMA OU TESTEMUNHA DE VIOLÊNCIA



1. Identificação da criança ou adolescente

Preencher o maior número de campos possível, para permitir a identificação da criança/adolescente e de seus responsáveis legais.

Nome: _____

Nome

Social: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Sexo biológico: () Feminino () Masculino

RG: _____ CPF: _____

Nome da Mãe: _____

RG: _____

Nome do Pai: _____

RG: _____

Outro tipo de vínculo: _____

RG: _____

Endereço: _____

CEP: _____ Bairro: _____

Telefones: _____

Cor/Raça: () Amarelo () Indígena () Branco () Pardo () Preto

Pessoa com deficiência: () Sim () Não

Se sim, qual: () Física e/ou Motora () Intelectual () Visual () Auditiva

() TEA () Deficiência Múltiplas () Outras

A criança ou adolescente reside com o (a) suposto (a) autor (a) da violência? () Sim () Não

Dados do possível agressor(a) nome, apelido e grau de parentesco:

2. Revelação Espontânea

Descrever o relato espontâneo da criança, do adolescente vítima ou testemunha de violência que comunicou a suspeita de violência. Neste campo, reproduzir exatamente o que foi falado. Buscar transcrever as mesmas

FORMULÁRIO REVELAÇÃO ESPONTÂNEA DE VÍTIMA OU TESTEMUNHA DE VIOLÊNCIA



4. Breve histórico do caso e contexto da revelação

Relatar os elementos mais relevantes do histórico da criança/adolescente conhecido pelo serviço. O profissional poderá fazer também observações pertinentes à sua impressão quanto ao estado emocional da criança ou adolescente, presença de lesões, choro, entre outros, no momento da revelação.

5. Serviços Informados por meio do envio deste formulário via e-mail

Preencher todos os campos.

CREAS: () creas@rioclaro.sp.gov.br

Conselho Tutelar:

() Sul conselhotutelarsul@rioclaro.sp.gov.br

() Norte conselhotutelarnorte@rioclaro.sp.gov.br

Segurança:

() DDM ddm.rioclaro@policiacivil.sp.gov.br
(*violência sexual ou violência doméstica*)

() Delegacia Seccional
01.rioclaro@policiacivil.sp.gov.br
(*demais tipos de violência*)

Saúde:

Saúde Pública

() Santa Casa – Maternidade Betim
atendimentoviolenca@santacasaderioclaro.com.br

() UPA 29: upa29@saude-rioclaro.org.br

() UPA Cervezão: upacvz@saude-rioclaro.org.br

Planos de Saúde

() Hospital Unimed:
servicosocialhospital@unimedrc.com.br

() Santa Casa (Particular):
atendimentoviolenca@santacasaderioclaro.com.br

() Santa Filomena:
contato@santafilomena.com.br

FORMULÁRIO REVELAÇÃO ESPONTÂNEA DE VÍTIMA OU TESTEMUNHA DE VIOLÊNCIA



6. Identificação do local e profissional que recebeu a Revelação Espontânea

Preencher todos os campos.

Nome: _____

Função: _____ RG: _____

Local de Trabalho: _____

Responsável pela Instituição: _____

RG: _____ Telefone: _____

Endereço: _____

Data da Revelação: ____/____/____

Assinatura do Profissional que acolheu a Revelação Espontânea