FLUXO DE ATENDIMENTO ÀS CRIANÇAS E ADOLESCENTES VÍTIMAS E/OU TESTEMUNHAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL

REVELAÇÃO ESPONTÂNEA

O profissional dos serviços que **acolher** a Revelação Espontânea da criança/adolescente **deverá**:

- Preencher o **Formulário de Revelação Espontânea;**
- Enviar por e-mail[1] (respeitando o sigilo) à **Saúde**, à **Segurança Pública** (DDM), ao **CREAS**, ao **CT;**
- Orientar o **responsável acompanhar a criança/adolescente à Santa Casa de Misericórdia** (maternidade Bettin) ou hospitais particulares em caso de plano de saúde;
- Orientar o **responsável** a ir à **DDM, sem a necessidade da presença da criança/adolescente** no próximo dia útil.

Acionar o CT imediatamente **apenas se a criança/adolescente estiver em risco iminente,** isto é: mesmo núcleo familiar; desacompanhada de responsável ou ainda se família negar os encaminhamentos.

SAÚDE

O hospital deverá oferecer os primeiros cuidados necessários, encaminhar relatórios médicos à DDM e encaminhar a família ao SEPA.

SEPA

Oferecerá acompanhamento médico, realização de exames e profilaxias de ISTs.

SEGURANÇA PÚBLICA

A DDM receberá o formulário via e-mail, registrará o B.O e dará andamento à fase de inquérito (Exame de Corpo de Delito e Medidas Protetivas, se necessário).

CREAS

Deverá entrar em contato com a família e realizar o acompanhamento de proteção social especializada e fará outros encaminhamentos necessários.

CONSELHO TUTELAR

Deverá entrar em contato com a família para orientações e a garantia da proteção integral da criança/adolescente. Se necessário, aplicar medidas cabíveis

Encaminhamentos:

- - - → Formulário Preenchido
- ——→ Responsáveis
- »» Relatórios Médicos

Todos os serviços deverão encaminhar devolutiva de suas ações ao CT o mais breve possível.

Comitê de Gestão Colegiada de Rio Claro da Rede de Cuidado e Proteção Social das Crianças e Adolescentes Vítimas ou Testemunhas de Violência

FLUXO DE ATENDIMENTO ÀS CRIANÇAS E ADOLESCENTES VÍTIMAS E/OU TESTEMUNHA DE VIOLÊNCIAS

REVELAÇÃO ESPONTÂNEA

O profissional dos serviços que **acolher** a Revelação Espontânea da criança/adolescente **deverá**:

- Preencher o **Formulário de Revelação Espontânea;**
- Enviar por e-mail[1] (respeitando o sigilo) à **Segurança Pública** (Se violência doméstica encaminhar à DDM. Demais violências, Delegacia Seccional)**,** ao **CREAS,** ao **Conselho Tutelar** (CT respectivo ao território) e à **Saúde**, se necessário;
- Orientar o **responsável a acompanhar a criança/adolescente** aos equipamentos da **saúde** para atendimento, se houver necessidade, quando apresentadas queixas, sintomas e sinais aparentes;
- Orientar o **responsável** a ir à **DDM ou Delegacia Seccional**, **sem a necessidade da presença da criança/adolescente** no próximo dia útil.

Acionar o CT imediatamente **apenas se a criança/adolescente estiver em risco iminente,** isto é: mesmo núcleo familiar; desacompanhada de responsável ou ainda se família negar os encaminhamentos.

SEGURANÇA PÚBLICA

A Delegacia Seccional ou DDM receberá o formulário preenchido via e-mail, registrará o B.O e dará andamento à fase de inquérito (Exame de Corpo de Delito e Medidas Protetivas, se necessário).

SAÚDE

Quando apresentadas queixas, sintomas e sinais aparentes a Unidade de Pronto Atendimento deverá oferecer os primeiros cuidados e realizar encaminhamentos necessários.

CREAS

Deverá entrar em contato com a família e realizar o acompanhamento de proteção social especializada e fará outros encaminhamentos necessários.

CONSELHO TUTELAR

Deverá entrar em contato com a família para realizar orientações sobre a garantia da proteção integral da criança/adolescente. Se necessário, aplicar medidas cabíveis.

Encaminhamentos:

- - - → Formulário Preenchido
- ——→ Responsáveis
- ⋙ Relatórios Médicos

Todos os serviços deverão encaminhar devolutiva de suas ações ao CT o mais breve possível.

Comitê de Gestão Colegiada de Rio Claro da Rede de Cuidado e Proteção Social das Crianças e Adolescentes Vítimas ou Testemunhas de Violência

LEGENDA

CT: Conselho Tutelar

CREAS: Centro de Referência Especializado da Assistência Social

B.O.: Boletim de Ocorrência

DDM: Delegacia de Defesa da Mulher

SEPA: Serviço Especializado em Prevenção e Assistência para IST, HIV e hepatites virais.

[1]E-MAILS PARA ENCAMINHAMENTO DO FORMULÁRIO DE REVELAÇÃO ESPONTÂNEA

O E-mail deverá conter no campo **assunto**: "Revelação Espontânea - Testemunha ou Vítima - Iniciais do nome criança ou adolescente vítima ou testemunha de violências" (ex: Revelação Espontânea - Testemunha - M. S.); e enviado para os e-mails abaixo de acordo com as orientações dos fluxos e nota técnica, **sempre preservando o sigilo**. :

- **Saúde** (selecione o e-mail do equipamento de saúde para o qual deve enviar o formulário)

Hospital Unimed: servicosocialhospital@unimedrc.com.br

Santa Casa: atendimentoviolencia@santacasaderioclaro.com.br

Santa Filomena: contato@santafilomena.com.br

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

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

- **Segurança Pública** (selecione o e-mail do equipamento de segurança para o qual deve enviar o formulário)

DDM: ddm.rioclaro@policiacivil.sp.gov.br

Delegacia Seccional: dp01.rioclaro@policiacivil.sp.gov.br

- **CREAS**: creas@rioclaro.sp.gov.br
- **Conselho Tutelar** (selecione o email do CT do território para o qual deve enviar o formulário)

CT Sul: conselhotutelarsul@rioclaro.sp.gov.br

CT Norte: conselhotutelarnorte@rioclaro.sp.gov.br