



TERMO DE ACOLHIMENTO DE CRIANÇA / ADOLESCENTE

Em conformidade com o que dispõe o Art. 93 e inc. XX do Art. 94, todos da Lei Federal n.º 8.069 de 13 de julho de 1990, as informações abaixo são imprescindíveis para o acolhimento de criança ou adolescente no Instituto Vitória Humana, salvo se no ato deste acolhimento se tornar impossível à presença de representante do Poder Judiciário ou Conselheiro Tutelar.

INFORMAÇÕES DO CONDUTOR E DO ACOLHIMENTO

DATA DO ACOLHIMENTO ____/____/____	HORA ____ H ____ MIN	NOME DO CONDUTOR/A
---------------------------------------	-------------------------	--------------------

PROFISSÃO	TELEFONE CONTATO	RG OU CPF
-----------	------------------	-----------

ENDEREÇO DO/A CONDUTOR

MOTIVO DO ACOLHIMENTO

Proteção Violência doméstica Situação de Rua Violência Sexual Ameaça

Outros (indique): _____

QUEM VIOLOU O DIREITO DA CRIANÇA / ADOLESCENTE

O/A próprio Adolescente O genitor A genitora Parente / Qual: _____

Vizinho/a Desconhecido Outro, indique: _____

INFORMAÇÕES DO/A ACOLHIDO/A

NOME DO ACOLHIDO/A

DATA/NASCIMENTO OU IDADE APROXIMADA ____/____/____ Aproximada: _____	ou Idade _____	DEFICIÊNCIA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Qual? <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Mental
--	----------------	--

NOME DA GENITORA

NOME DO GENITOR

ENDEREÇO DE ORIGEM (LOCAL DE ONDE A CRIANÇA/ADOLESCENTE FOI RETIRADA – RUA, N.º, BAIRRO)

FOI REGISTRADO BOLETIM DE OCORRÊNCIA? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Motivo? _____	FOI FEITA PERÍCIA OU ATENDIMENTO MÉDICO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Por que? _____
---	--

DOCUMENTOS E OBJETOS ENTREGUES DE PROPRIEDADE DA CRIANÇA / ADOLESCENTE ENTREGUES NO ATO DO ACOLHIMENTO

DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO <input type="checkbox"/> Registro de Nascimento <input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> Título Eleitoral <input type="checkbox"/> CTPS <input type="checkbox"/> Carteira de Estudante <input type="checkbox"/> Guia de Acolhimento <input type="checkbox"/> Cartão de Vacina <input type="checkbox"/> Cartão SUS <input type="checkbox"/> Cartão de Vacina <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____	OBJETOS E QUIPAMENTOS <input type="checkbox"/> Vestimentas <input type="checkbox"/> Roupas de Banho <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____	OUTROS, INDIQUE <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____
--	---	---




DOENÇAS PREENSISTENTES

<input type="checkbox"/>	HIV	<input type="checkbox"/>	SÍFILIS	<input type="checkbox"/>	HEPATITE	<input type="checkbox"/>	CARDÍACA	<input type="checkbox"/>	RESPIRATÓRIA	<input type="checkbox"/>	OUTRA(S) INDIQUE ABAIXO:

**OUTRAS INFORMAÇÕES E/OU OBSERVAÇÕES PERTINENTES A MOTIVAÇÃO DO ACOLHIMENTO
E/OU SITUAÇÃO DO(A) ACOLHIDO(A)**

INFORMAÇÕES DO(A) RECEPCIONISTA DO INSTITUTO VITÓRIA HUMANA

NOME	RG / CPF
X ASSINATURA	CARGO / FUNÇÃO

INFORMAÇÕES DO(A) CONDUTOR(A)

NOME	RG / CPF / MATRÍCULA
TELEFONE(S)	E-MAIL
X ASSINATURA	CARGO / FUNÇÃO

