

ANEXO XVII

INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº 77 /PRES/INSS, DE 21 DE JANEIRO DE 2015

GUIA PARA ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL () FAMILIAR () Nº _____

| | | | |
|---|--------|------------------|-----------|
| NOME DA CRIANÇA/ADOLESCENTE: | | | |
| SEXO: () MASCULINO | | () FEMININO | |
| DATA DE NASCIMENTO: ____ / ____ / ____ | | IDADE PRESUMIDA: | |
| NOME DA MÃE: | | | |
| NOME DO PAI: | | | |
| NOME DO RESPONSÁVEL, CASO NÃO VIVA COM OS PAIS: | | | |
| ENDEREÇO DOS PAIS OU RESPONSÁVEL: | | | |
| RUA/AVENIDA: | | Nº | CEP: |
| BAIRRO: | APTO.: | | EDIFÍCIO: |
| CIDADE: | | | UF: |
| PONTO DE REFERÊNCIA: | | | |
| FONE RESIDENCIAL: | | CELULAR: | |

| | |
|---|------------|
| DADOS DO ACOLHIMENTO: | |
| LOCAL: | |
| DATA: | HORA: |
| INTEGRA GRUPO DE IRMÃOS: SIM () NÃO (); SE SIM, QUANTOS? | |
| ALGUM ACOLHIDO? SIM () NÃO () | |
| SE SIM, LOCAL(IS) DE ACOLHIMENTO: | |
| RECEBIDO POR: _____ | |
| NOME DO FUNCIONÁRIO | ASSINATURA |
| MEDIDA(S) PROTETIVA(S) APLICADA(S): | |
| À CRIANÇA/ADOLESCENTE (): | |
| À FAMÍLIA (): | |
| DOCUMENTAÇÃO, SE SIM ESPECIFICAR: | |
| () DNV; () CERT. NASC.; () BOLETIM OCORRÊNCIA; () CART. IDENT.; | |
| () CART. VACINA; () ATEND. MÉDICO; () CRECHE; () ESCOLA; | |
| () ENCAMINHAMENTO CONSELHO TUTELAR; () OUTROS | |
| FAZ USO DE MEDICAMENTO(S)? SIM () NÃO () | |
| SE SIM, QUAL(IS): | |

| | | | |
|---|--------|----------|-----------|
| PARENTES OU TERCEIROS INTERESSADOS EM TÊ-LOS SOB GUARDA: | | | |
| RUA/AVENIDA: | | Nº | CEP: |
| BAIRRO: | APTO.: | | EDIFÍCIO: |
| CIDADE: | | | UF: |
| PONTO DE REFERÊNCIA: | | | |
| FONE RESIDENCIAL: | | CELULAR: | |
| RUA/AVENIDA: | | Nº | CEP: |
| BAIRRO: | APTO.: | | EDIFÍCIO: |

| | |
|----------------------|----------|
| CIDADE: | UF: |
| PONTO DE REFERÊNCIA: | |
| FONE RESIDENCIAL: | CELULAR: |

MOTIVOS DA RETIRADA OU DA NÃO REINTEGRAÇÃO AO CONVÍVIO FAMILIAR:

| |
|--|
| |
| |
| |

| | |
|--|----------|
| SOLICITANTE DO ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL OU FAMILIAR: | |
| NOME/FUNÇÃO: | |
| TELEFONE INSTITUCIONAL: | CELULAR: |
| RELATÓRIOS/DOCUMENTOS ANEXADOS: SIM () NÃO () Nº DE FOLHAS () | |

PARECER DA EQUIPE TÉCNICA:

| |
|--|
| |
| |
| |

| | |
|--|------------|
| RESPONSÁVEL PELO PARECER: | MATRÍCULA: |
| RELATÓRIOS/DOCUMENTOS ANEXADOS: SIM () NÃO () Nº DE FOLHAS () | |

DESPACHO DA AUTORIDADE JUDICIÁRIA:

| |
|--|
| |
| |
| |

| | |
|----------------------------|------------|
| LOCAL/DATA: ____/____/____ | _____ JUIZ |
|----------------------------|------------|