**FORMULÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO**

**Casa de Passagem para Mulheres em Situação de Violência Doméstica e Familiar Nome Fantasia: Casa de Passagem Esperança Garcia**

**PROVIMENTO 32/2000** – Corregedoria Geral de Justiça do Estado de São Paulo. Artigo 3º- As vítimas ou testemunhas coagidas ou submetidas a grave ameaça, em assim desejando, não terão quaisquer de seus endereços e dados de qualificação lançados nos termos de seus depoimentos. Aqueles ficarão anotados em impresso distinto, remetido pela Autoridade Policial ao Juiz competente juntamente com os autos do inquérito após edição do relatório. No Ofício de Justiça, será arquivada a comunicação em pasta própria, autuada com, no máximo, duzentas folhas, numeradas, sob responsabilidade do Escrivão.

**OBS: A usuária deverá inicialmente ser informada a respeito do que se trata o “Provimento 32”**

1. **DADOS PESSOAIS DA USUÁRIA:**

Nome Completo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome Social: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Filiação: Mãe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ viva? () sim ( ) não

Pai: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Vivo? () sim ( ) não

Último Endereço Residencial da usuária:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Região/Território:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CEP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_SISA: Código do Cidadão Nº: \_\_\_\_\_\_\_\_\_Data de Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_, Local de Nascimento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_UF:\_\_\_\_\_\_\_,R.G:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CPF:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Estado Civil: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Situação Conjugal:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Religião:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Raça/Cor (declarado): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**1.2 DOCUMENTOS PESSOAIS:**

Está de posse dos documentos pessoais? ( ) Sim ( )Não, se sim, informar qual documento possui no momento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ se não, ficou na residia? Sim () Não ( ) Outros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Quais documentos serão necessários para emissão de segunda via? RG ( ) CPF ( ) Título Eleitor ( ) CTPS ( ) Certidão de Nascimento ( ) Certidão de Casamento ( ) Outros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**1.3 CONTATO:**

Contato de referência: citar o grau de parentesco:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e/ou nº telefone:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**1.4 SITUAÇÃO EDUCACIONAL**

Grau de escolaridade: Curso Superior completo ( ) Curso Superior incompleto ( ) Ensino Médio Completo ( ) Ensino médio Incompleto ( ) Ensino Fundamental Completo ( ) Ensino Fundamental incompleto ( ) Atualmente está Estudando ( ) Analfabeto ( )

**1.5 SITUAÇÃO DE TRABALHO:**

Profissão: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ocupação Atual: \_\_\_\_\_\_\_ Formal ( ) Endereço do Trabalho: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Informal ( ) Endereço ou território de referência a qual está trabalhando: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Horário de trabalho: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**1.6 SITUAÇÃO SOCIOECONOMICO:**

É chefe de Família? ( ) Sim ( ) Não

Possui Cadastro Único ( ) sim ( ) não

Recebe benefício? ( ) Sim ( ) Não, Se sim, qual: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_valor: \_\_\_\_\_\_\_\_ quanto tempo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Possui Benefício de Auxilio Aluguel: Sim ( ) Não ( ) Se sim: qual valor?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Inicio do recebimento: data: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_

* 1. **CONDIÇÃO DE SAÚDE:**

Faz algum tipo de tratamento médico? Não ( ) Sim ( )

Possui consultas agendadas: Sim ( )Não ( ) Qual especialidade? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Em que data: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, Local: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Possui procedimento cirúrgico agendado? Sim ( ) Não ( ) Se sim, qual especialidade?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Data:\_\_\_\_\_\_\_\_\_Local\_\_\_\_\_\_e Horário:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Esta gestante? Sim ( ) Não ( ) Quantos meses? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ realiza acompanhamento de pré natal? Sim ( ) Não ( )

Possui alguma deficiência? ( ) Sim Não ( ) . Qual? \_\_\_\_\_\_\_\_CID\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Faz uso de cadeira de rodas? ( ) sim ( ) não. Se sim, consegue manipular a cadeira sozinha ou precisa de apoio de outra pessoa? sim ( ) não ( )

Faz uso de aparelho assistivo? ( ) sim ( ) não Qual? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Faz uso de medicamento continuo e/ou controlado ( ) sim ( ) não, se sim, informar quais medicamentos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Está de posse dos medicamentos? ( ) sim ( ) não

Tem alergia alguma medicação e/ou alimentação? ( ) Sim ( ) Não Se sim, Qual medicamento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Já fez uso de alguma substância psicoativa? Sim ( ) Não ( ), Se sim, qual? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_há quanto tempo? \_\_\_\_\_\_\_tem uma frequência de uso? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Já realizou tratamento? \_\_\_\_\_\_\_\_ Sim () Não ( ) se sim, citar onde: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Já procurou serviço de saúde para atendimento da situação de violência? Sim ( ) Não ( )

Onde? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Qual encaminhamento realizado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Necessidade: leito ( ) baixo ( ) alto: quarto com: acessibilidade: ( ) sim ( ) não.

Nome da Unidade Básica de Saúde- UBS de referência que realiza acompanhamento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Existe histórico de doença mental? Se sim, qual e informar se faz ou fez tratamento.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* 1. **ORIGEM DO ENCAMINHAMENTO / HISTÓRICO:**

**HISTÓRICO DE VIOLÊNCIA:**

Qual o tipo de violência sofrida?

() Física () Abandono Material ( ) Negligência ( ) Emocional( ) Privação de Liberdade ( ) Sexual ( ) Ameaça ( ) Outros:\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Realizou Boletim de Ocorrência? () Sim ( ) Não. Está de posse do documento? Sim ( ) não ( ).

Solicitou Medidas Protetivas? () Sim ( ) Não. Está de posse do documento? Sim () Não ( )

a) Reside, b) residiu ou c) trabalha região onde está localizado a Casa de Passagem () Sim () Não: Informar: ()

Possui algum familiar que a)Reside, b) Residiu ou c)trabalha na região do serviço Casa de Passagem onde será acolhida? () Sim () Não: Informar ( )

Já passou em atendimento ou é acompanhada por algum serviço de atendimento a situações de violência, como o serviço Centro de Defesa e de Convivência da Mulher, (CDCM) ou Centro de Referência e Cidadania da Mulher (CRCM) ou outro? Sim () Não () se sim: Qual nome do serviço? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Quanto tempo? ­­­\_\_\_\_\_\_\_\_Continua em acompanhamento? Sim () Não ().

Já passou em atendimento do CRAS ou CREAS/C.POP? sim () Não () de qual território? \_\_\_\_\_

1. **COMPOSIÇÃO FAMILIAR- INFORMAÇÕES SOBRE OS MEMBROS DA FAMÍLIA:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome completo: | Data de Nascimento: | Sexo: | Escolaridade: | Nome da última Escola matriculada: | Irá para A Casa de Passagem a mãe? (s) ou (n) |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**INFORMAÇÕES SOMENTE DAS PESSOAS QUE COMPÕEM O NÚCLEO FAMILIAR QUE IRÁ PARA ACOLHIMENTO NA CASA DE PASSAGEM COM A USUÁRIA:**

OBS: Usuária será acolhida, acompanhada somente de seus filhos ( ) e/ou algum parentes ( ), caso esteja com algum outro membro da família. (mulher) Informar todos os dados pessoais:

**2. 1 CONDIÇÕES DE SAÚDE**

Nome completo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Faz algum tipo de tratamento médico? Não ( ) Sim ( )

Possui alguma deficiência? ( ) Sim Não ( ) . Qual? \_\_\_\_\_\_\_\_CID\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Faz uso de cadeira de rodas? ( ) sim ( ) não. Se sim, consegue manipular a cadeira sozinha ou precisa de apoio de outra pessoa? sim ( ) não ( )

Faz uso de aparelho assistivo? ( ) sim ( ) não Qual? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Faz uso de medicamento: () sim ( ) não, se sim, informar quais medicamentos:

Está de posse dos medicamentos? () sim ( ) não

Possui consultas agendadas: Sim ( )Não ( ) Qual especialidade? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Em que data: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, Local: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Possui procedimento cirúrgico agendado? Sim () Não () Se sim, qual especialidade? \_\_\_\_Data:\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_local\_\_\_\_e Horário:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tem alergia alguma medicação e/ou alimentação? ( ) Sim ( ) Não Se sim, Qual medicamento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Necessidade: leito () baixo ( ) alto: quarto com: acessibilidade: ( ) sim ( ) não. Nome da Unidade Básica de Saúde- UBS de referência que realiza acompanhamento:\_\_\_\_\_

Todos estão de posse dos documentos pessoais? ( ) Sim ( )Não, se sim, informar qual documento possui no momento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_se não, ficou na residia? Sim () Não ( ) Outros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Informar o nome:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Quais documentos serão necessários para emissão de segunda via? RG ( ) CPF ( ) Título Eleitor ( ) CTPS ( ) Certidão de Nascimento ( ) Certidão de Casamento ( ) Outros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Informar nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* 1. **SITUAÇÃO COM A JUSTIÇA DO MEMBRO FAMILIAR ACIMA DE 18 ANOS:**

Tem envolvimento com o crime organizado? Sim ( ) Não ( ) Nunca tive ( )

Tem envolvimento com tráfico de drogas? Sim ( ) Não ( ) Nunca tive ( )

Possui algum membro familiar e/ou conhecido muito próximo que tem envolvimento com o crime organizado? Sim ( ) Não ( ).

1. **PERFIL DO AUTOR DA VIOLÊNCIA:**

Nome completo do autor da violência: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DN: \_\_\_/\_\_\_/\_\_ Natural:\_\_\_\_\_\_\_\_Estado:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Atualmente Reside em São Paulo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Sim ( ) Não ( ) se sim, há quanto tempo?\_\_\_\_\_\_\_\_\_ se não reside? ele conhece o município de São Paulo? Sim ( ) Não ( ) e se sim, citar quais são os territórios. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Qual o grau de parentesco com o autor da violência? \_\_\_\_\_\_\_\_ Quantos filhos possui com o autor da violência? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ocupação Atual: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( ) formal ou Informal ( )Renda Mensal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Grau de escolaridade: Curso Superior completo ( ) Curso Superior incompleto ( ) Ensino Médio Completo ( ) Ensino médio Incompleto ( ) Ensino Fundamental Completo ( ) Ensino Fundamental incompleto ( ) Atualmente está Estudando ( ) Analfabeto ( )

Situação Conjugal com o autor da violência: Casado ( ) União estável ( ) outros ( ) há quanto tempo permaneceram juntos? \_\_\_\_\_\_\_\_há quanto tempo estão separados? \_\_\_\_\_

Raça / Cor (etnia): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tem antecedente Criminal? Sim ( ) Não ( ). Qual? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Atualmente está recluso? Sim () Não (), se sim, qual prazo de saída? \_\_\_\_\_\_\_\_Motivo da reclusão\_\_\_\_\_\_ já esteve recluso? Sim ( ) Não ( ), se sim, qual o motivo? \_\_\_\_\_\_

Tem envolvimento com o crime organizado? Sim ( ) Não ( ) Nunca teve ( )

Tem envolvimento com tráfico de drogas? Sim ( ) Não ( ) Nunca teve ( )

Possui algum membro familiar e/ou conhecido muito próximo que tem envolvimento com o crime organizado? Sim ( ) Não ( ).

Já fez uso de alguma substância psicoativa? Sim ( ) Não ( ), Se sim, qual? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_há quanto tempo? \_\_\_\_\_\_\_tem uma frequência de uso? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Já realizou tratamento? \_\_\_\_\_\_\_\_ Sim () Não ( ) se sim, citar onde: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Histórico de violência anterior, relações do trabalho, convívio social e familiar:

Sim ( ) Não ( ) Aberto para informações:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

O autor da violência já reside, residiu ou trabalha na região onde está localizado o Casa de Passagem? Sim ( ) Não ( ) Não tenho essa informação ( )

Possui algum familiar que reside, residiu ou trabalha na região do serviço Casa de Passagem? onde será acolhida? Sim () Sim Não () Não tenho essa informação ( )

**OBSERVAÇÕES:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura e Carimbo do Profissional. Assinatura da Usuária

Data: \_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_