

ANEXO II

MEDIDAS APLICÁVEIS À CRIANÇA / ADOLESCENTE

1. Encaminhamento aos pais ou responsável, mediante termo de responsabilidade.
2. Orientação, apoio e acompanhamentos temporários.
3. Matrícula em estabelecimento oficial de ensino fundamental.
4. Frequência obrigatória em estabelecimento oficial de ensino fundamental.
5. Inclusão em programa oficial de auxílio à criança e ao adolescente.
6. Requisição de tratamento médico em regime hospitalar ou ambulatorial.
7. Requisição de tratamento psicológico em regime hospitalar ou ambulatorial.
8. Requisição de tratamento psiquiátrico em regime hospitalar ou ambulatorial.
9. Inclusão em programa oficial ou comunitário de auxílio, orientação e tratamento a alcoólatra.
10. Inclusão em programa oficial ou comunitário de auxílio, orientação e tratamento a toxicômano.
11. Abrigo em entidade.
12. Aconselhamento.
13. Outra (especificar).

MEDIDAS APLICÁVEIS A PAIS/ RESPONSÁVEL

1. Encaminhamento da família a programa oficial ou comunitário de proteção à família.
2. Inclusão em programa oficial ou comunitário de auxílio, orientação e tratamento a alcoólatra.
3. Inclusão em programa oficial ou comunitário de auxílio, orientação e tratamento a toxicômano.
4. Encaminhamento a tratamento psicológico.
5. Encaminhamento a tratamento psiquiátrico.
6. Encaminhamento a cursos ou programas de orientação.
7. Matrícula de filho ou pupilo na escola.
8. Acompanhamento da frequência e aproveitamento de filho ou pupilo na escola.
9. Encaminhamento da criança ou do adolescente a tratamento especializado.
10. Aconselhamento.
11. Outra (especificar).

Clientela:

Criança : Sexo _____ Faixa etária _____

Adolescente : Sexo _____ Faixa etária _____

Adulto
Família
Ambos

Responsável: (pelo programa da entidade)

Medidas: (medidas que podem ser aplicadas pelo programa. Observar, para isto, a relação de medidas do ECA, relacionadas no Anexo II.)

Data : _____

Programa: (Tipo de programa de atendimento. Reproduzir esta folha e preencher, caso a entidade tenha mais programas)

Descrição: (detalhamento do serviço prestado pelo programa)

Endereço: _____

CEP: _____ **Bairro:** _____

UF: _____ **Município:** _____

DDD/Telefone: () _____ **DDD/Fax:()** _____

Nome do Responsável: _____

Turno:

Integral

Manhã

Tarde

Noite

Diurno

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

FORMULÁRIO DE ENTIDADES PRESTADORAS DE SERVIÇO

Número: _____

Nome da Entidade: _____

Endereço: _____

CEP: _____ Bairro: _____

UF: _____ Município: _____

DDD/Telefone: () _____ DDD/Fax:() _____

Nome do Responsável: _____

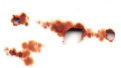
Descrição de Serviço: _____

Áreas de Atuação:

- Assistência Social
- Educação
- Esporte
- Lazer, Cultura
- Promoção e Defesa de Direitos
- Saúde
- Segurança
- Trabalho

Tipo de Entidade:

Pública	<input type="checkbox"/>
Privada	<input type="checkbox"/>



ANEXO II

MEDIDAS APLICÁVEIS À CRIANÇA / ADOLESCENTE

1. Encaminhamento aos pais ou responsável, mediante termo de responsabilidade.
2. Orientação, apoio e acompanhamentos temporários.
3. Matrícula em estabelecimento oficial de ensino fundamental.
4. Frequência obrigatória em estabelecimento oficial de ensino fundamental.
5. Inclusão em programa oficial de auxílio à criança e ao adolescente.
6. Requisição de tratamento médico em regime hospitalar ou ambulatorial.
7. Requisição de tratamento psicológico em regime hospitalar ou ambulatorial.
8. Requisição de tratamento psiquiátrico em regime hospitalar ou ambulatorial.
9. Inclusão em programa oficial ou comunitário de auxílio, orientação e tratamento a alcoólatra.
10. Inclusão em programa oficial ou comunitário de auxílio, orientação e tratamento a toxicômano.
11. Abrigo em entidade.
12. Aconselhamento.
13. Outra (especificar).

MEDIDAS APLICÁVEIS A PAIS/ RESPONSÁVEL

1. Encaminhamento da família a programa oficial ou comunitário de proteção à família.
2. Inclusão em programa oficial ou comunitário de auxílio, orientação e tratamento a alcoólatra.
3. Inclusão em programa oficial ou comunitário de auxílio, orientação e tratamento a toxicômano.
4. Encaminhamento a tratamento psicológico.
5. Encaminhamento a tratamento psiquiátrico.
6. Encaminhamento a cursos ou programas de orientação.
7. Matrícula de filho ou pupilo na escola.
8. Acompanhamento da frequência e aproveitamento de filho ou pupilo na escola.
9. Encaminhamento da criança ou do adolescente a tratamento especializado.
10. Aconselhamento.
11. Outra (especificar).

Clientela:

Criança : Sexo _____ Faixa etária _____

Adolescente : Sexo _____ Faixa etária _____

Adulto	<input type="checkbox"/>
Família	<input type="checkbox"/>
Ambos	<input type="checkbox"/>

Responsável: (pelo programa da entidade)

Medidas: (medidas que podem ser aplicadas pelo programa. Observar, para isto, a relação de medidas do ECA, relacionadas no Anexo II.)

Data : _____

Programa: (Tipo de programa de atendimento. Reproduzir esta folha e preencher, caso a entidade tenha mais programas)

Descrição: (detalhamento do serviço prestado pelo programa)

Endereço: _____

CEP: _____ **Bairro:** _____

UF: _____ **Município:** _____

DDD/Telefone: () _____ **DDD/Fax:**() _____

Nome do Responsável: _____

Turno:

Integral

Manhã

Tarde

Noite

Diurno

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>



FORMULÁRIO DE ENTIDADES PRESTADORAS DE SERVIÇO

Número: _____

Nome da Entidade: _____

Endereço: _____

CEP: _____ Bairro: _____

UF: _____ Município: _____

DDD/Telefone: () _____ DDD/Fax:() _____

Nome do Responsável: _____

Descrição de Serviço: _____

Áreas de Atuação:

Assistência Social

Educação

Esporte

Lazer, Cultura

Promoção e Defesa de Direitos

Saúde

Segurança

Trabalho

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Tipo de Entidade:

Pública

Privada

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>



ANEXO II

MEDIDAS APLICÁVEIS À CRIANÇA / ADOLESCENTE

1. Encaminhamento aos pais ou responsável, mediante termo de responsabilidade.
2. Orientação, apoio e acompanhamentos temporários.
3. Matrícula em estabelecimento oficial de ensino fundamental.
4. Frequência obrigatória em estabelecimento oficial de ensino fundamental.
5. Inclusão em programa oficial de auxílio à criança e ao adolescente.
6. Requisição de tratamento médico em regime hospitalar ou ambulatorial.
7. Requisição de tratamento psicológico em regime hospitalar ou ambulatorial.
8. Requisição de tratamento psiquiátrico em regime hospitalar ou ambulatorial.
9. Inclusão em programa oficial ou comunitário de auxílio, orientação e tratamento a alcoólatra.
10. Inclusão em programa oficial ou comunitário de auxílio, orientação e tratamento a toxicômano.
11. Abrigo em entidade.
12. Aconselhamento.
13. Outra (especificar).

MEDIDAS APLICÁVEIS A PAIS/RESPONSÁVEL

1. Encaminhamento da família a programa oficial ou comunitário de proteção à família.
2. Inclusão em programa oficial ou comunitário de auxílio, orientação e tratamento a alcoólatra.
3. Inclusão em programa oficial ou comunitário de auxílio, orientação e tratamento a toxicômano.
4. Encaminhamento a tratamento psicológico.
5. Encaminhamento a tratamento psiquiátrico.
6. Encaminhamento a cursos ou programas de orientação.
7. Matrícula de filho ou pupilo na escola.
8. Acompanhamento da frequência e aproveitamento de filho ou pupilo na escola.
9. Encaminhamento da criança ou do adolescente a tratamento especializado.
10. Aconselhamento.
11. Outra (especificar).



Clientela:

Criança : Sexo _____ Faixa etária _____

Adolescente : Sexo _____ Faixa etária _____

Adulto
Família
Ambos

Responsável: (pelo programa da entidade)

Medidas: (medidas que podem ser aplicadas pelo programa. Observar, para isto, a relação de medidas do ECA, relacionadas no Anexo II.)

Data : _____

Programa: (Tipo de programa de atendimento. Reproduzir esta folha e preencher, caso a entidade tenha mais programas)

Descrição: (detalhamento do serviço prestado pelo programa)

Endereço: _____

CEP: _____ **Bairro:** _____

UF: _____ **Município:** _____

DDD/Telefone: () _____ **DDD/Fax:**() _____

Nome do Responsável: _____

Turno:

Integral

Manhã

Tarde

Noite

Diurno

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

FORMULÁRIO DE ENTIDADES PRESTADORAS DE SERVIÇO

Número: _____

Nome da Entidade: _____

Endereço: _____

CEP: _____ Bairro: _____

UF: _____ Município: _____

DDD/Telefone: () _____ DDD/Fax:() _____

Nome do Responsável: _____

Descrição de Serviço: _____

Áreas de Atuação:

Assistência Social

Educação

Esporte

Lazer, Cultura

Promoção e Defesa de Direitos

Saúde

Segurança

Trabalho

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Tipo de Entidade:

Pública

Privada

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

