

ANEXO XVII

INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº 45 INSS/PRES, DE 6 DE AGOSTO DE 2010



GUIA PARA ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL () FAMILIAR () Nº _____

NOME DA CRIANÇA/ADOLESCENTE:		
SEXO: () MASCULINO () FEMININO		
DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ IDADE PRESUMIDA: _____		
NOME DA MÃE:		
NOME DO PAI:		
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