



REDE DE ATENÇÃO E PROTEÇÃO



Município de Céu Azul - Estado do Paraná

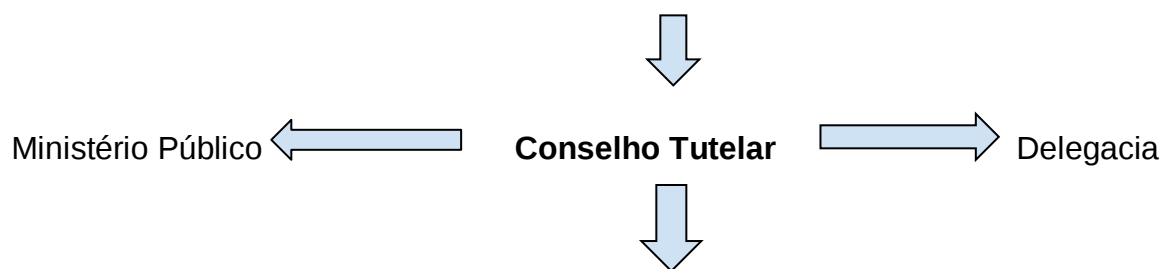
REDE DE PROTEÇÃO DO MUNICÍPIO DE CÉU AZUL- PR

Fluxograma para Crianças e Adolescentes - vítimas de Violência

REDE

Identificação de violências e/ou **REVELAÇÃO ESPONTÂNEA** nas instituições **públicas** ou **privadas**, de acordo com o **Art. 13** da Lei 13.431/2017, **IMEDIATAMENTE** deverá realizar o preenchimento da **Ficha de Revelação Espontânea** e **concomitante** a **comunicação/informação imediata** ao Conselho Tutelar. **Somente este órgão receberá a informação da revelação da violência contra Criança/Adolescente, pois a informação é estritamente sigilosa.** Todos os envolvidos deverão cumprir o preconizado no **Art. 5, inciso XIV** da Lei 13.431/2017.

Preenchimento da Ficha de Revelação Espontânea.



Ao técnico de referência da Escuta Especializada

Realizará a Escuta da Criança ou Adolescente

Este cumprirá o Art. 7; Art. 8; Art. 9 e Art. 10 da Lei 13.431/2017



Conselho Tutelar

Se a criança ou adolescente necessitar ser afastada no núcleo familiar Art. 19, inciso IV, será solicitado ao Ministério Público.



Rede de Proteção

Cumprirá os Artigos nº 14; 16; 15; 17; 18 e 19 da Lei nº 13.431/2017



REDE DE ATENÇÃO E PROTEÇÃO



Município de Céu Azul - Estado do Paraná

Fluxograma para Crianças e Adolescentes - vítimas de Violência

FLUXOGRAMA DOS ENCAMINHAMENTOS E ESCUTA ESPECIALIZADA

MUNICÍPIO CÉU AZUL - Paraná

- 1) Qualquer agente da rede pública ou privada pode identificar sinais de violação de direitos contra crianças e adolescentes, podendo também ocorrer a revelação espontânea, realizada pela criança ou adolescente, onde ela relata o fato da violação/violência sofrida à alguém. A pessoa que receber esta revelação, deverá dirigir-se imediatamente ao superior hierárquico da instituição, para comunicar somente a ele o fato da revelação, **preenchendo imediatamente a Ficha de Revelação Espontânea**, destinada a esta finalidade. O superior hierárquico comunicará imediatamente o fato ao Conselho Tutelar, por telefone, enquanto a **Ficha de Revelação Espontânea** é preenchida, cumprindo o preconizado no **Item 2)** imediatamente abaixo. Cumprindo o preconizado no **Art. 4** e seus **parágrafos** e o **Art. 13** da Lei nº 13.431/2017.
- 2) Notificar ao Conselho Tutelar por meio de documento oficial sempre que houver a identificação, ou recebimento de informação de violência contra criança ou adolescente, e, nos casos de Revelação Espontânea encaminhar em anexo ao Ofício, a **Ficha de Revelação Espontânea**, destinada a esta finalidade.
- 3) O Conselho Tutelar ciente da situação deve proceder com as ações destinadas a estes órgãos (tais como informação ao Ministério Público, Delegacia, busca da família e/ou colaterais, encaminhamento para os procedimentos em saúde, em especial nos casos de violências sexual e qualquer outra ação pertinente ao caso), cumprindo o **Art. 101 do ECA**, e se avaliar necessário, encaminhará para a realização da Escuta Especializada.
- 4) O Conselho Tutelar deve encaminhar por meio de ofício ao Técnico de Referência da Escuta Especializada, que solicitará aos profissionais destinados a realização da escuta, para que proceda com a mesma.

*Para solicitar a realização da escuta é imprescindível que o Conselho Tutelar apresente as seguintes informações: **Nome completo da Criança/adolescente; Data de Nascimento; Genitores; Endereço, Telefone; Escola/Série; no corpo do texto descrever a situação em que a criança está envolvida, em especial nos casos de suspeita descrever o que indica a possível violação; anexar a ficha de revelação espontânea quando esta estiver disponível.***



REDE DE ATENÇÃO E PROTEÇÃO



Município de Céu Azul - Estado do Paraná

- 5) Após os profissionais terem agendado dia e horário para a realização da escuta especializada, será informado ao Conselho Tutelar, para que este proceda ao informe à família.
- 6) As escutas especializadas serão realizadas em sala destinada para esta finalidade, na sede do Conselho Tutelar, garantindo sigilo e privacidade, cumprindo o preconizado no **Art. 10** da Lei nº13.431/2017.
- 7) A escuta especializada deverá ser agendada e realizada em até 10 dias, após a solicitação do Conselho Tutelar.
- 8) Realizada a escuta da criança ou adolescente, será elaborado relatório pelo profissional e encaminhando resposta ao Conselho Tutelar, por meio de ofício e relatório em anexo.
- 9) O Conselho Tutelar após receber o relatório, o qual consta sugestões de encaminhamentos indicados pelo profissional, devem manter extremo cuidado com o documento, uma vez que se trata de documento sigiloso, cumprindo o preconizado no **Art. 5, inciso XIV** da Lei 13.431/2017.
- 10) O **Conselho Tutelar** deverá proceder aos encaminhamentos necessários, preenchendo a **Ficha de Referência**, encaminhando para as Secretarias/Entidades/Órgão Afins pertencentes a Rede de Proteção, que irão atender a criança ou adolescente, vítima de violência, monitorando o caso. Caso o Conselho Tutelar julgar necessário, irá anexar o Relatório da Escuta Especializada, de acordo com o citado no **Item 12)** abaixo.
- 11) As Secretarias/Entidades/Órgão Afins pertencentes a Rede de Proteção, que receberam a **Ficha de Referência** do Conselho Tutelar, responderão pela **Ficha de Contra Referência**, no máximo a cada 60 (sessenta) dias, ou sempre que se fizer necessário, ao Conselho Tutelar.
- 12) O Conselho Tutelar poderá encaminhar o Relatório da Escuta Especializada, para o Ministério Público, Delegacia e Serviços Especializados da Rede, tais como CREAS/PROTEÇÃO ESPECIAL, Saúde Mental. O relatório deve ser utilizado de tal modo que evite a necessidade da criança ou adolescente recontar sua história (revitimização).
- 13) A pessoa que recebe uma revelação espontânea, deverá imediatamente informar o seu superior da Instituição, que tomará as medidas cabíveis de acordo com este Fluxograma que atende a Lei nº 13.431/2017.



REDE DE ATENÇÃO E PROTEÇÃO



Município de Céu Azul - Estado do Paraná

14) **IMPORTANTE:** todos os envolvidos numa revelação espontânea deverão guardar sigilo, cumprindo o preconizado no **Art. 5, inciso XIV** da Lei 13.431/2017. Ao quebrar este sigilo, a criança está sofrendo violência institucional, podendo a pessoa que quebrou o sigilo, responder legalmente pelo fato da quebra do sigilo, ao repassar a informação à outras pessoas, além do Superior imediato.

15) Em Anexo a este Fluxograma estão:

- a) **Ficha de Revelação Espontânea**, que deverá ser preenchida pela pessoa que recebeu a revelação e assinada pelo responsável pela Instituição, onde ocorreu a revelação, sendo encaminhada com urgência ao Conselho tutelar. (Obs: esta ficha não se aplica ao Hospital Bom Samaritano, que usará ficha padrão do Ministério da Saúde: Ficha de Notificação/Investigação Individual).
- b) **Ficha de Solicitação de Escuta Especializada**, deverá ser **preenchida** pelo **Conselho Tutelar** e encaminhada para o Técnico que realizará a Escuta Especializada do caso.
- c) **Ficha de Registro de Informações sobre a Revelação Espontânea**, que deverá ser **preenchida** pela **Técnica** responsável pela **Escuta Especializada** e encaminhada ao Conselho Tutelar.
- d) **Ficha de Referência**, deverá ser **preenchida** pelo **Conselho Tutelar**, com os encaminhamentos pertinentes às Secretarias/Entidades/Órgão Afins pertencentes a Rede de Proteção.
- e) **Ficha de Contra Referência**, deverá ser preenchida pelas Secretarias/Entidades/Órgão Afins pertencentes a Rede de Proteção e enviada no máximo a cada 60 dias, ou sempre que se fizer necessário, ao Conselho Tutelar.



REDE DE ATENÇÃO E PROTEÇÃO



Município de Céu Azul - Estado do Paraná

FICHA DE REVELAÇÃO ESPONTÂNEA

(A descrição da revelação é preenchida por quem ouve o relato espontâneo)

Nome completo da Criança/Adolescente:			
Data de Nascimento:			
RG:		CPF:	
Instituição: (Se for escola, informar também a série do aluno)			
Nome do Responsável direto da família pela criança/Adolescente:			
Data de Nascimento:		RG:	CPF:
Telefones:			
Endereço:			
Ponto de Referência:			
Pessoas que residem no domicílio com a Criança/Adolescente: (Se a Instituição tem as informações da composição da família, informar, caso contrário não preencher)			
Pessoa	D. Nasc.	Parentesco com a Criança/Adolescente	Local de trabalho/ Escola
Descrição da revelação: (Descrever aqui o que foi relatado pela criança/adolescente, o contexto do relato e outra informação que se fizer necessário).			
Nome do profissional responsável pelo relato da revelação espontânea:			
Função desempenhada na Instituição:			
Céu Azul, ____ / ____ / ____			
Carimbo e assinatura do responsável da Instituição:			

Avenida Nilo Umberto Deitos, 1426

Fone: (45) 3266.1122 - CEP 85840-000 - Céu Azul - Pr. E-mail: ceuazulrede.2019@gmail.com



(Preenchida pelo Conselho Tutelar)

OBS: Anexar a ficha de revelação espontânea quando esta estiver disponível.



REDE DE ATENÇÃO E PROTEÇÃO



Município de Céu Azul - Estado do Paraná

Ficha de registro de informações da Revelação Espontânea:

(Preenchida pelo Técnico da Escuta Especializada)

Data: ____/____/____ Horas: ____ às ____	Órgão que realizou o atendimento:
Nome da Criança/Adolescente a ser atendido:	
Data de Nascimento:	
Endereço:	
Responsável legal/ relação de parentesco:	
Adulto de referência/relação com a vítima:	
Demanda algum atendimento específico? (Interprete de libras, tecnólogos (prancha de comunicação, braile, etc), tem autismo, fala outra língua (indígena, venezuelano, haitiano), entre outros)	
Primeiro atendimento: (Se não indicar órgão anterior e existência de documentos de registros do caso, como Boletim de Ocorrência, Ficha de Notificação, Prontuário ou outros relatos registros)	
Livre relato da ocorrência pela vítima: (Descrever com as palavras utilizadas pela vítima, atentando para observação do ambiente, da situação, reincidência, indicação de possível agressor e possíveis provas colhidas)	
Encaminhamentos:	
Carimbo e assinatura do responsável pela Escuta:	



REDE DE ATENÇÃO E PROTEÇÃO



Município de Céu Azul - Estado do Paraná

FICHA INTERSETORIAL DE REFERÊNCIA nº _____/2022

(Preenchida pelo Conselho Tutelar)

¹Serviço:		²Telefone:
³Nome do(s) responsável(is) pelo encaminhamento:		
⁴Encaminhado para:		
⁵Nome do usuário:		
⁶Data de nascimento:	⁷Idade:	⁸Sexo:
⁹Endereço:		
¹⁰Bairro:	¹¹Telefone:	
¹²Nome da mãe:	¹³Responsável legal/parentesco:	
¹⁴Descrição do caso/situação:		
¹⁵Ações realizadas anteriormente a este encaminhamento (período):		
¹⁶Observações / sugestões de atendimentos:		
Céu Azul, ____ / ____ / ____		
¹⁷Carimbo e assinatura do Colegiado do Conselho Tutelar:		



REDE DE ATENÇÃO E PROTEÇÃO



Município de Céu Azul - Estado do Paraná

CONTRA REFERÊNCIA nº _____/2022
(Preenchido pelo Técnico que recebeu a Referência)

Serviço:		Telefone:
Nome do profissional:		
¹⁸Respondido para:		
Nome do usuário:		
Data de nascimento:	Idade:	Sexo:
Endereço:		
Bairro:	Telefone:	
Nome da mãe:	Responsável/parentesco:	
Ações realizadas:		
Observações / sugestões de atendimentos:		
Céu Azul, ____ / ____ / ____		
Carimbo e assinatura do responsável:		



REDE DE ATENÇÃO E PROTEÇÃO



Município de Céu Azul - Estado do Paraná

Instruções de preenchimento da Referência e da Contra Referência:

- 1 – Escrever o nome do órgão/instituição/serviço que realizou o encaminhamento.
- 2 – Telefone da instituição/serviço.
- 3 – Escrever o nome dos Conselheiros, profissional que está encaminhando a ficha.
- 4 – Escrever o nome da instituição/serviço para onde será encaminhado o usuário.
- 5 – Escrever o nome completo do usuário, sem abreviações.
- 6 – Escrever a data de nascimento do usuário.
- 7 – Escrever a idade do usuário.
- 8 – Escrever o sexo do usuário.
- 9 – Escrever o endereço do usuário constando logradouro e número da residência.
- 10 – Escrever o nome do bairro.
- 11 – Escrever o número de telefone de contato atual, se possível mais do que um número.
- 12 – Escrever o nome completo da mãe, sem abreviações.
- 13 – Escrever o nome do responsável que está acompanhando o usuário durante o atendimento e o seu parentesco.
- 14 – Descrever sucintamente o histórico ou situações que desencadearam o encaminhamento do usuário para a rede, utilizar letra legível.
- 15 – Descrever todas as ações realizadas anteriormente pela instituição que encaminhou o usuário indicando a data ou o período em que foram executadas. Conforme o serviço, constar o número de identificação do usuário na referência e no contra referência.
- 16 – Comentar outras informações relevantes com indicativo de atendimento. Citar todos os serviços referendados.
- 17 – Assinatura do profissional responsável pelo atendimento com carimbo do profissional ou do serviço quando for enviado documento impresso.
- 18 – Escrever o nome da instituição/serviço a qual deverá receber a resposta da referência.

FORMAS DE ENVIO DA FICHA DE REFERÊNCIA E CONTRA REFERÊNCIA

Este formulário pode ser enviado pelas seguintes vias de comunicação:

- 1- Através do malote, principalmente para os serviços ligado as secretarias municipais.
- 2 – Por e-mail, utilizando o endereço eletrônico institucional.
- 3 – Por fax, para os serviços que possuem este recurso.

A comunicação verbal por telefone deve ser usada concomitante as demais vias de comunicação e não isoladamente.

Dúvidas ou sugestões podem ser encaminhadas pelos profissionais de referência da Rede.