

# FORMULÁRIO DE COMUNICAÇÃO AO CONSELHO TUTELAR DE SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM CUIABÁ/MT<sup>1</sup>

Orientações a profissionais da rede de atendimento quanto ao preenchimento:

I. O presente formulário deve ser preenchido e encaminhado ao Conselho Tutelar<sup>2</sup> por ocasião de identificação e acolhimento de situação suspeita ou relatada de **VIOLÊNCIA INTERPESSOAL** contra crianças e adolescentes por meio de a) revelação espontânea, b) informações de terceiros e c) observação de sinais físicos e/ou no comportamento, por profissionais da rede de atendimento (Assistência Social; Educação; Saúde; Instituições que compõem o Terceiro Setor).

II. Em seu preenchimento, deve-se registrar o maior número possível de informações, sem a presença de crianças e adolescentes e recorrendo aos dados disponíveis na instituição<sup>3</sup>. As informações registradas serão fundamentais para garantir a proteção de crianças e adolescentes, ao serem compartilhadas no Sistema de Garantia de Direitos (SGD)<sup>4</sup>. Ressalta-se que uma descrição mais próxima e detalhada do que foi relatado evitará a revitimização de crianças e adolescentes. Sempre que possível, incluir as próprias palavras usadas por crianças e adolescentes (mesmo termos considerados inadequados), sem omitir nenhum detalhe exposto e sem emitir deduções pessoais.

III. O presente formulário não substitui a necessidade do preenchimento da Ficha de Notificação Individual de Violência Interpessoal e Autoprovocada e seu encaminhamento à saúde.

## Tipo de comunicação:

- Revelação espontânea de crianças e adolescentes  
 Informações de terceiros  
 Observação de sinais físicos e/ou no comportamento

## 1. Identificação de crianças e adolescentes:

Nome	
Data de nascimento	
Idade	
Sexo	<input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino
Raça/Cor	<input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Amarela
Documentação disponível	
Filiação	Genitora/mãe:
	Genitor/pai:

<sup>1</sup> Este formulário foi proposto pela “Articulação Intersetorial da Infância e Adolescência de Cuiabá/MT – Rede Protege” e validado pelo Conselho Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente de Cuiabá (CMDCA) por meio da Resolução CMDCA nº 1.386, de 15 de abril de 2024.

<sup>2</sup> Qualquer pessoa que tenha conhecimento ou presencie ação ou omissão, praticada em local público ou privado, que constitua violência contra criança ou adolescente tem o dever de comunicar o fato imediatamente ao serviço de recebimento e monitoramento de denúncias, ao conselho tutelar ou à autoridade policial, os quais, por sua vez, cientificarão imediatamente o Ministério Público (Art. 13 da Lei nº 13.431/2017). Os casos de suspeita ou confirmação de castigo físico, de tratamento cruel ou degradante e de maus tratos contra criança ou adolescente serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais (Art. 13 da Lei nº 8.069/1990).

<sup>3</sup> Onde não houver informações, preencher com “Sem informações”.

<sup>4</sup> Os serviços deverão compartilhar entre si, de forma integrada, as informações coletadas junto às vítimas, aos membros da família e a outros sujeitos de sua rede afetiva, por meio de relatórios, em conformidade com o fluxo estabelecido, preservando o sigilo das informações (Art. 9º, parágrafo 2º do Decreto nº 9.603/2018).

Responsável (grau de parentesco)	
Reside com	
Endereço	
Telefone	
Escolarização	Ano escolar: Turno: ( ) Matutino ( ) Vespertino ( ) Integral ( ) Noturno Unidade escolar: Natureza: ( ) Pública ( ) Privada ( ) Outra
É pessoa com deficiência ( ) Não ( ) Sim / Qual? ( ) Física ( ) Intelectual ( ) Visual ( ) Auditiva ( ) Psicossocial ou mental ( ) Neuroatípica ou neurodivergente (TEA, TDAH etc.)	
Em acompanhamento? ( ) Não ( ) Sim / Qual/Onde?	

## 2. Identificação institucional:

- ( ) Assistência Social
- ( ) Educação
- ( ) Saúde
- ( ) Instituições que compõem o Terceiro Setor
- ( ) Outras

Unidade	
Telefone	
Direção/Coordenação	

## 3. Informações a respeito das observações de sinais físicos e/ou no comportamento que suscitaram a suspeita de violência interpessoal contra crianças e adolescentes:

- Marque todas as opções observadas.

<ul style="list-style-type: none"> <li>( ) Comportamentos agressivos (verbais; físicos)</li> <li>( ) Comportamentos com depressividade (retraimento; desânimo; choro frequente; automutilação)</li> <li>( ) Comportamentos sexualizados</li> <li>( ) Comportamentos não esperados para a idade. / Especificar: _____</li> <li>( ) Mudanças significativas no comportamento. / Especificar: _____</li> <li>( ) Mudanças no aproveitamento escolar</li> <li>( ) Marcas físicas de agressão</li> <li>( ) Aspectos de saúde e higiene que inspiram cuidados (fome; doenças; descuido com a higiene)</li> <li>( ) Infrequência</li> <li>( ) Gravidez abaixo dos 15 anos de idade</li> <li>( ) Uso abusivo de álcool e outras drogas</li> </ul>
---

## 4. Tipo de violência:

- Marque as opções relatadas/observadas.

<ul style="list-style-type: none"> <li>( ) Física</li> <li>( ) Psicológica (xingamentos; ameaça; racismo/discriminações étnico-raciais, de orientação sexual e identidade de gênero; bullying)</li> <li>( ) Sexual (<u>com contato físico</u>, por meio de atos libidinosos, com ou sem conjunção carnal; <u>sem contato físico</u>, seja presencialmente, de forma virtual/online ou por assédio/importunação sexual; <u>exploração sexual</u>)</li> </ul>
---



Não  Sim / Qual idade? \_\_\_\_\_  
- Quando ocorreu o último episódio? \_\_\_\_\_  
- Onde a(s) situação(ões) acontecia(m)? \_\_\_\_\_

**9. A criança/adolescente é acompanhada por alguma instituição da rede de atendimento?**

Não  Sim / Qual ou quais? \_\_\_\_\_

**10. É do conhecimento da unidade a ocorrência de violações de direitos anteriores?**

Não  Sim / Qual ou quais? \_\_\_\_\_

**11. Houve a comunicação dessa/s situação/ões anterior/es?**

Não se aplica  Não  Sim / Explique: \_\_\_\_\_

**12. Responsável/eis pela comunicação:**

Unidade:
Profissional/is responsável/eis (com profissão ou cargo) pela presente comunicação:
Assinatura/s ou carimbo institucional:
Data: ____ / ____ / 20 ____.