

FORMULÁRIO DE COMUNICAÇÃO AO CONSELHO TUTELAR DE SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA AUTOPROVOCADA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM CUIABÁ/MT¹

Orientações a profissionais da rede de atendimento quanto ao preenchimento:

I. O presente formulário deve ser preenchido e encaminhado ao Conselho Tutelar² por ocasião de identificação e acolhimento de situação suspeita ou relatada de **VIOLÊNCIA AUTOPROVOCADA** 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 instituição³. As informações registradas serão fundamentais para garantir a atenção/cuidado de crianças e adolescentes, ao serem compartilhadas no Sistema de Garantia de Direitos (SGD)⁴. Ressalta-se que uma descrição mais próxima e detalhada da situação contribuirá na atenção/cuidado 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:

¹ 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.

² 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).

³ Onde não houver informações, preencher com “Sem informações”.

⁴ 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: <input type="checkbox"/> Matutino <input type="checkbox"/> Vespertino <input type="checkbox"/> Integral <input type="checkbox"/> Noturno Unidade escolar: Natureza: <input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Outra
É pessoa com deficiência <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim / Qual? <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Intelectual <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> Psicossocial ou mental <input type="checkbox"/> Neuroatípica ou neurodivergente (TEA, TDAH etc.)	
Em acompanhamento? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 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 autoprovocada:

- Marque todas as opções observadas.

<input type="checkbox"/> Automutilações <input type="checkbox"/> Ideação suicida <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio

4. Local do/s acontecimento/s:

Residência Escola Via pública Desconhecido Outros? / Onde: _____

5. Relato sobre a situação:

- Como foi o relato da criança/adolescente? Em que momento ocorreu o relato? Qual a percepção de profissionais sobre a criança/adolescente no momento do relato? Como a criança/adolescente se apresentava e se expressou verbal, comportamental e emocionalmente (eventuais marcas físicas, lesões, postura, tom de voz, choro, silêncios)?

- Quais foram as informações de terceiros? Em que momento se deu o conhecimento dessas informações?

- O que foi observado como sinais físicos e/ou no comportamento?

Relato: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
