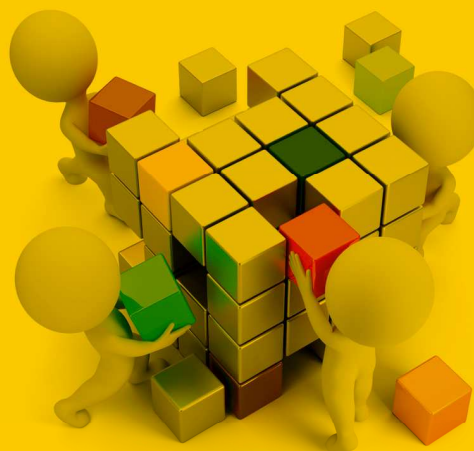


2016

SINASE ESTADUAL



**Manual de Preenchimento do Aplicativo
das Medidas Socioeducativas
Guia de Cadastramento do Adolescente**

**São Paulo
2016**



Manual de Preenchimento do Aplicativo das Medidas Socioeducativas

Guia de cadastramento do adolescente

2016

2ª Edição revista e atualizada

S241c São Paulo (Estado). *Secretaria de Desenvolvimento Social*.

Manual de Preenchimento do Aplicativo das Medidas Socioeducativas : Guia de cadastramento do adolescente autor de ato infracional / Secretaria de Desenvolvimento Social. – 2º. ed. rev. e atual. -- São Paulo : Secretaria de Desenvolvimento Social, 2016.

50 p.

Publicação é parte do Caderno de Orientações Técnicas e Metodológicas de Medidas Socioeducativas (MSE), de Liberdade Assistida (LA) e Prestação de Serviço a comunidade (PSC) / Secretaria de Desenvolvimento Social, 2012.

1. Políticas Públicas 2. Política de Assistência Social 3. Serviços de Proteção Social 4. Medidas Socioeducativas 5. Liberdade Assistida 6. Prestação de Serviços à Comunidade. I. Título.

CDU 364.442.6(035)

Ficha catalográfica elaborada pelo Centro de Documentação, biblioteca e Arquivo da Secretaria de Desenvolvimento Social do Governo do Estado de São Paulo.



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL

Governador do Estado de São Paulo
Geraldo Alckmin

Secretário de Estado de Desenvolvimento Social
Floriano Pesaro

Chefe de Gabinete
Mendy Tal

Coordenador de Gestão Estratégica
Isabel Cristina Martin

Grupo de Monitoramento e Avaliação (M&A)
Itagira de Sena Pires
Márcia Lima Bandeira
Milton de Freitas Nunes
Priscila de Souza

Coordenador de Ação Social
Marina Amadeu Batista Bragante

Proteção Social Básica
Tatiane Sousa Magalhães
Adriana Scatena Raposo
Cristiane Lamin Souza Aguiar
Elaine Cristina Silva de Moura
Fábio Celestino da Silva
Mariana Froes Bernardi

Proteção Social Especial
Tatiana Amendola Barbosa Lima Didion
Ana Paula Souza Romeu
Edson Gonçalves Pelagalo Oliveira Silva
Juliana Oliveira dos Santos
Luciana Bolognini Ferreira Machado
Maria de Fátima Nassif
Nazira Ley Brudnewski

Departamento de Normatização – DNI
Caio Kallai Mugnaini

Apresentação

O Governo do Estado de São Paulo, por meio da Secretaria de Desenvolvimento Social (SEDS) traz a presente publicação no contexto da implementação da lei federal 12.594/2011 que estabelece o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE).

Os esforços técnicos da SEDS e da Fundação CASA colocam o Estado de São Paulo entre os primeiros estados que concluíram a municipalização das medidas socioeducativas de meio aberto (Liberdade Assistida - LA e Prestação de Serviço à Comunidade - PSC), com efetivo cofinanciamento estadual para os serviços municipais de atendimento aos adolescentes em LA e PSC no âmbito da política de Assistência Social e a aprovação do Plano Estadual de Medidas Socioeducativas.

O Estado de São Paulo pioneiramente implanta o sistema de informações denominado como “Sistema MSE Web” com o objetivo de cadastrar, acompanhar e avaliar o atendimento dos adolescentes em conflito com a lei.

O “Sistema MSE Web” unifica e padroniza as informações cadastrais dos adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de meio aberto e suas famílias. Futuramente permitirá a transferência de dados também para o Portal da Fundação CASA e do sistema nacional de informações.

A inserção criteriosa das informações é fundamental para a garantia da qualidade do atendimento e para sistematização de dados que retratem de forma fidedigna a demanda local, subsidiando a formulação de políticas públicas nas áreas da infância e juventude.

Portanto, apresentamos o “Manual de Preenchimento do Aplicativo das Medidas Socioeducativas – Guia de Cadastramento do Adolescente” aos gestores municipais, coordenadores de serviços, técnicos de referência, orientadores de medidas e aos demais atores do SINASE como uma ferramenta para aprimorar o atendimento, viabilizar a vigilância socioassistencial e fundamentalmente garantir direitos aos usuários da Política de Assistência Social.

Floriano Pesaro

Secretário de Estado de Desenvolvimento Social

Sumário

CAPÍTULO I	6
A - CONFIGURAÇÕES RECOMENDADAS.....	6
B - INFORMAÇÕES OPERACIONAIS	6
C – ORIENTAÇÕES GERAIS.....	7
D - VISÃO INICIAL DO SISTEMA.....	7
CAPÍTULO II	8
A - ACESSO AO SISTEMA MSE WEB.....	8
B – Quem acessa o Instrumental de cadastro?	8
C – Opções do perfil “Orientador de MSE”	9
D - Como preencher o Instrumental?	10
1 - CABEÇALHO	10
2 - CADASTRO	11
3 – PIA	32
CAPÍTULO III	35
ANEXO I - Principais COMBOS.....	35
ANEXO II - PRINCIPAIS PROGRAMAS SOCIAIS – TRANSFERÊNCIA DE RENDA.....	41
I - Programas Estaduais:.....	41
II - Programas Federais:	43
ANEXO III - INSTRUMENTAL PARA O ACOMPANHAMENTO INDIVIDUAL DAS MEDIDAS SOCIOEDUCATIVAS	44

CAPÍTULO I

A - CONFIGURAÇÕES RECOMENDADAS

O Sistema MSE Web foi desenvolvido em uma plataforma Web a fim de permitir o acesso de forma mais rápida ao cadastro. Para isso, basta possuir uma conexão local com a Internet.

Os Requisitos mínimos para acesso ao sistema são:

- 1- Sistema operacional - Windows 98 ou superior.
- 2- Navegador da Internet - Mozilla Firefox 6.0 ou superior (Ambiente Windows ou Linux).
- 3- Navegador da Internet - Google Chrome (Ambiente Windows ou Linux).
- 4- Software de visualização de arquivos PDF necessário para gerar relatórios no Sistema - Acrobat Reader (Ambiente Windows ou Linux).

B - INFORMAÇÕES OPERACIONAIS

Os perfis para operação do Sistema são:

- 1- **Administrador do Sistema** – DNI.
- 2- **Administrador Global** - CAS - Proteção Social Especial.
- 3- **Administrador de Senhas** - Coordenador do Serviço/Gerente do Serviço, Técnico Supervisor do Serviço, Coordenador de CRAS e CREAS, Supervisor de Assistência Social, Coordenador e técnicos da Proteção Social Especial da SMADS, responsável pelo Órgão Gestor e DRADS.
- 4- **Visualizador** – CAS – Proteção Especial, Coordenador do Serviço/Gerente do Serviço, Técnico Supervisor do Serviço, Coordenador do CREAS/CRAS, Supervisor de Assistência Social, Coordenador e técnicos do Observatório, Coordenador e técnicos da Proteção Social Especial da SMADS, responsável pelo Órgão Gestor, DRADS, CGE – M&A, outras áreas da Seds, Ministério Público, CONDECA, CONSEAS, Judiciário, SNDH do Ministério da Justiça.
- 5- **Operador** - Orientador de Medidas (**Capital e Municípios**).

DNI - Administrador do Sistema – Está sob a sua responsabilidade desenvolver, administrar, manter e gerenciar o desempenho dos servidores de banco de dados. Realizar o monitoramento dos níveis de acesso ao sistema de modo a garantir maior segurança na informação, bem como realizar auditoria ao perfil dos usuários. Além disso, implementar, administrar rotinas de backup, gerenciar a performance no banco de dados, dar suporte aos usuários com relação a melhor utilização e quando necessário, sugerir mudanças.

CAS - Administrador Global – É a pessoa e/ou área que será cadastrada como responsável pelo acompanhamento do fluxo e da utilização do Sistema pelos serviços que desenvolvem as Medidas Socioeducativas nos municípios do Estado de São Paulo. O administrador Global caberá fazer o credenciamento das DRADS, CGE – M&A, outras áreas da Seds, CONDECA, CONSEAS e Órgãos Externos ficando responsável por todas as ações dos Perfis que credenciou.

COORDENADOR DO SERVIÇO/GERENTE DO SERVIÇO, TÉCNICO SUPERVISOR DO SERVIÇO, COORDENADOR DO CREAS/CRAS, SUPERVISOR DE ASSISTÊNCIA SOCIAL, COORDENADOR E TÉCNICOS DA PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL DA SMADS, RESPONSÁVEL PELO ÓRGÃO GESTOR e DRADS - Administrador de Senhas - É a área responsável em cadastrar e recadastrar os usuários com permissão de operar diretamente o sistema a partir de seu perfil funcional. A condição requerida é o acesso à internet bem como, o comprometimento em assumir essa atribuição e garantir a assinatura no Termo de Responsabilidade.

Visualizador – As funções disponíveis para esse perfil são apenas de visualizar e imprimir o demonstrativo consolidado mensal (painel geral de dados) em qualquer nível de desagregação (serviço, distrito, região de SAS/subprefeitura, município etc.) dos serviços vinculados à sua função.

Operador – As funções disponíveis para esse perfil são de preencher e atualizar o cadastro dos adolescentes que acompanha, visualizar e imprimir o Plano Individual de Atendimento – PIA e imprimir o formulário de atendimento individual. Além disso, no caso de adolescente em cumprimento de outra medida em local diferente, visualiza os blocos do cadastro preenchidos pelo outro operador.

C – ORIENTAÇÕES GERAIS

Algumas dicas são importantes para o preenchimento correto do “**INSTRUMENTAL DE ACOMPANHAMENTO INDIVIDUAL DAS MEDIDAS SOCIOEDUCATIVAS**”. A seguir destacamos algumas regras.

- 1- Para mudar de uma linha para outra, basta aplicar o comando TAB.
- 2- **COMBO**: é o nome dado aos campos que apresentam diversas possibilidades de escolha.
- 3- **Quesito/Campo**: são cada um dos itens a serem preenchidos dentro do Bloco Temático.
- 4- **Campos com mais de uma de Alternativa (Sim/Não; Feminino/Masculino; Branca/Preta/Amarela)**: a regra geral para esses campos é a marcação de apenas uma opção. Os casos em que for permitida múltipla marcação serão indicados.
- 5- **Campos descritivos** (p. ex., nome da mãe, município, endereço etc.): não aceita dois ou mais espaços juntos entre as palavras nem qualquer espaço ao final da última palavra; não aceita caracteres especiais (p. ex., acentos, til, cedilha etc.); transforma textos digitados em caixa alta.
- 6- **Campos numéricos** (p. ex., data, RG, CPF etc.), não aceita qualquer caractere não numérico (ex.: “-”, “/”, “.” etc.), preenchimento com apenas zeros, preenchimento apenas com números repetidos (p. ex., 1111111, 222222 etc.) e preenchimento apenas com números sequenciais (p. ex., 1234567). Este último caso, se aplica apenas para campos com no mínimo 6 caracteres.
- 7- **No caso de data**, o sistema preenche as barras automaticamente no formato DD/MM/AAAA.
- 8- **Os campos de valor** (p. ex., valor do aluguel, total da renda familiar etc.) possuem formato “R\$XX.XXX, XX”. No preenchimento não aceita valor igual a zero.

D - VISÃO INICIAL DO SISTEMA

O primeiro passo para entrar no sistema é acessar a plataforma digital no endereço: www.mseweb.sp.gov.br
A tela inicial do sistema apresenta os campos de acesso, **LOGIN** e **SENHA**. Ver figura abaixo:

Obs.: Para obter acesso ao sistema, o usuário deve ter sido previamente cadastrado pelo perfil “**administrador de senhas**” conforme descrito na página anterior.

No primeiro acesso o usuário deve incluir o seu e-mail (**LOGIN**) e o número do CPF (**SENHA**) cadastrado pelo administrador de senha. Após a confirmação dos dados, que deverão ser idênticos ao cadastro, o sistema permite ao usuário cadastramento de uma nova senha.

Atenção: O sistema nega a inclusão de um novo usuário nos seguintes casos: 1- usuário que já possui cadastro com o CPF indicado, 2- os dados informados do usuário não estão corretos com o cadastro, 3- o usuário sem termo de responsabilidade gerado e assinado.

Acima da tela (lado direito) em perfil, é possível acessar os ícones “**Esqueci Minha Senha**” e “**Alterar Senha**”.

Para indicar o esquecimento da senha de acesso ao Sistema, basta clicar no ícone: “**Esqueci Minha Senha**” e na tela apresentada, escolher a opção: “**Esqueci Minha Senha**” e solicitar novo acesso. Então será apresentado a opção: 1- **Senha Atual** (a senha atual utilizada para acesso ao sistema); 2- **Nova Senha** (Digite a nova senha desejada); 3- **Confirme a Nova Senha** (Digite novamente a senha desejada).

O procedimento a seguir será o mesmo usado durante o primeiro acesso. *(Para sua segurança, a senha deverá possuir no mínimo 6 (seis) caracteres).*

Para mais informações, contatar a SEDS/SP no fale conosco através do e-mail: mseweb@seds.sp.gov.br ou pelos Telefones: (11) 2763-8285/8108.

Capítulo II

A - ACESSO AO SISTEMA MSE WEB

Para acessar o Sistema MSE WEB basta o usuário digitar o seu **LOGIN** e **SENHA** conforme demonstrado na página 7.

Permitido o acesso, a primeira tela apresentará opções de acordo com o perfil disponível. Veja na tela abaixo, a opção de acesso para o perfil Administrador de Senhas.



Home: Tela Inicial

Cadastrar Órgão Gestor: Acesso para o perfil DRADS fazer o cadastro do Órgão Gestor.

Cadastrar Técnicos: Acesso para cadastrar os perfis de técnicos que serão habilitados para acessar o sistema.

Validar acessos: Ícone de validação do cadastro dos técnicos habilitados para acessar o Sistema.

Arquivos: Ícone para acessar os arquivos dos documentos disponibilizados pelo Sistema. Lembrando que os arquivos estão em formato PDF e que para a visualização e impressão é necessário o software “Adobe Acrobat” - padrão confiável e gratuito para exibir, imprimir e fazer anotações em PDF.

Relatórios: Ícone para acessar os relatórios consolidados.

Sair: Ícone que permite sair do Aplicativo.

B – Quem acessa o Instrumental de cadastro?

Apenas o usuário com perfil “**Operador**” consegue acessar o “**INSTRUMENTAL DE ACOMPANHAMENTO INDIVIDUAL DAS MEDIDAS SOCIOEDUCATIVAS**” para fazer o cadastro e/ou atualizar dados do adolescente que acompanha. O usuário de perfil “**Operador**” também é denominado como “**Orientador de MSE**”.

Para acessar o Sistema **MSE Web** basta o usuário “**Orientador de MSE**” digitar o seu **LOGIN** e **SENHA** conforme demonstrado no Capítulo I, Item D - VISÃO INICIAL DO SISTEMA, na página 7.

C – Opções do perfil “Orientador de MSE”

A tela de acesso para o perfil “Operador/Orientador de MSE” é apresentada no formato abaixo. Nos tópicos seguintes serão apresentados outros comandos possíveis, mas não visualizados aqui.



Listar Adolescentes: Ícone para listar os adolescentes já cadastrados. A listagem aparece em ordem alfabética para sua escolha.

Cadastrar Adolescentes: Ícone para cadastrar um novo adolescente.

Arquivos: Ícone para acessar os arquivos dos documentos disponibilizados pelo Sistema em formato PDF. (Ver indicação no Capítulo III - anexos).

Sair: Ícone que permite sair do Aplicativo.

Ao clicar no ícone “Listar adolescentes” a tela que aparece a seguir, é:


Pesquisar adolescente cadastrado:


Com o acesso liberado, nesta tela você tem vários comandos operacionais do cadastro. Além de cadastrar, atualizar ou editar dados, também na primeira linha você pode: **Pesquisar** um Adolescente já cadastrado, **editar** o cadastro, **acessar** o Relatório de Acompanhamento de cada Adolescente (Formulário com visualização dos 12 blocos do cadastro já preenchido, mas com barra aberta para o registro de anotações, considerações e/ou lembretes, após cada bloco), **Gerar** e **Emitir** o Plano Individual de Atendimento – PIA. *Mas esses comandos só são permitidos aos usuários que possuem o perfil de “Operador” ou “Orientador de MSE”.*

Tanto o Relatório de Acompanhamento como Plano Individual de Atendimento – PIA são de uso restrito ao perfil do usuário “Operador/Orientador de Medidas”.

A pesquisa de um Adolescente já cadastrado pode ser feita de duas formas. A primeira é digitando o nome do adolescente na barra de campo aberto e dando o comando OK. Se o adolescente já estiver cadastrado o seu nome completo aparecerá logo abaixo e então só basta clicar nome indicado.


A segunda forma é clicar no ícone “Listar adolescentes”. A listagem aparece em ordem alfabética para sua escolha e então, só basta clicar no nome escolhido.

Para **editar** ou **alterar** dados do cadastro, basta clicar no ícone  a frente do nome do adolescente escolhido.

O **Acesso** ao Relatório de Acompanhamento tem o mesmo comando, basta clicar no ícone  a frente do nome do adolescente escolhido conforme já descrito.

Para **Incluir/Cadastrar** um novo Adolescente basta clicar no ícone indicado e a tela com o **“INSTRUMENTAL DE ACOMPANHAMENTO INDIVIDUAL DAS MEDIDAS SOCIOEDUCATIVAS”**, será visualizada com todos os seus 12 blocos. Veja abaixo, como a tela se apresenta:

Governo do Estado de São Paulo
Secretaria de Desenvolvimento Social



Home
Sair

INSTRUMENTAL DE ACOMPANHAMENTO INDIVIDUAL DAS MEDIDAS SOCIOEDUCATIVAS

Junho/2015

Município:	UF:	DRADS:
<input type="text" value="Selecione"/>	<input type="text" value="São Paulo"/>	
Tipo de Programa/Serviço:	<input type="text" value="Selecione"/>	
Programa/Serviço:	<input type="text" value="Selecione"/>	

1 - Identificação

2 - Endereço

3 - Situação Habitacional

4 - Família

5 - Escolaridade

6 - Saúde

7 - Trabalho

8 - Situação Processual

9 - Encaminhamento no Mês de Referência

10 - Acompanhamento Mensal - Mês de Referência

11 - Suspensão/Desligamento

12 - Objetivos Declarados

D - Como preencher o Instrumental?

1 - Cabeçalho

Cabeçalho é a primeira parte a ser preenchida e todos os **CAMPOS** são **OBRIGATÓRIOS**. Alguns campos possuem preenchimento automático e os demais possuem **COMBOS** que permitem escolha, sem a necessidade de digitação.

No canto direito do instrumental aparecerá automaticamente o mês e o ano de referência que está sendo feito a coleta das informações do cadastro. Veja na tela abaixo, a descrição dos campos indicados no cabeçalho:



Município: Selecione	UF: São Paulo	DRADS:
Tipo de Programa/Serviço: Selecione		
Programa/Serviço: Selecione		

- Quesito 1 - **MUNICÍPIO** – Nome da cidade onde foram coletadas as informações. O aplicativo oferece COMBO com a lista de todos os municípios do estado de São Paulo para a escolha.
- Quesito 2 - **UF** – Estado onde está localizado o município (**esse campo já virá preenchido automaticamente com “SP”**).
- Quesito 3 - **DRADS** – Nome da Diretoria Regional de Assistência e Desenvolvimento Social (Drads) à qual o município pertence (esse campo já virá preenchido automaticamente).
- Quesito 4 - **TIPO/UNIDADE EXECUTORA** - Nome do programa ou serviço prestado. Haverá um **COMBO** com as alternativas possíveis, de acordo com o cadastro feito no sistema pelo Órgão Gestor (CREAS/Órgão Gestor/Serviço Socioassistencial).
- Quesito 5 - **PROGRAMA/SERVIÇO** – Nome da unidade de atendimento à qual o adolescente está vinculado de acordo com o cadastro feito no sistema pelo Órgão Gestor.

2 - Cadastro

- 1- **IDENTIFICAÇÃO** – É o bloco destinado ao preenchimento de todas as informações que identifica o adolescente que está sendo cadastrado. Ela está organizada em duas partes onde, no **Item A** são coletadas as informações referente a origem do Adolescente e no **Item B** coletada as informações documentais.

A - Dados do (a) Adolescente

1 - Identificação

A - DADOS DO (a) ADOLESCENTE

Nome do Adolescente:

Nome Social:

Indicar o nome pelo qual pessoas preferem ser chamadas cotidianamente, considerando que transexuais e travestis possuem identidade de gênero distinta do sexo biológico.

Sexo: Data de Nascimento: Idade: Estado Civil: Cor:

Nome Completo do Pai:

Nome Completo da Mãe:

Responsável:	Parentesco:	Nome:
<input type="text" value="OUTRO"/>	<input type="text" value="Selecione"/>	<input type="text"/>

UF de Nascimento: Município de Nascimento:

Filhos: Masculino: Feminino:

- Quesito 1 – **NOME DO ADOLESCENTE** - Registrar o nome completo do adolescente, copiando-o, de preferência, diretamente de um documento oficial (Certidão de nascimento, CPF, RG, Título de eleitor etc.). Evite fazer abreviações (Campo **OBRIGATÓRIO**).
- Quesito 2 – **NOME SOCIAL** – Nome social é o nome pelo qual pessoas com identidade de gênero diferente da biológica (transexuais e travestis) preferem ser chamadas cotidianamente, em contraste com o nome oficialmente

registrado que não reflete sua identidade de gênero. Não se trata de apelido, mas sim o nome que a pessoa é conhecida socialmente. Ex.: Pelé, Lula, Xuxa.

Quesito 3 – **SEXO** - Assinale conforme o caso. Marcando o sexo feminino, por exemplo, o Quesito 7 no Bloco posterior (B –DOCUMENTOS - CAM) não ficará visível (Campo **OBRIGATÓRIO**).

Quesitos 4 e 5 – **DATA NASCIMENTO/IDADE** - O dia e o mês de nascimento da pessoa devem ser registrados com dois algarismos e o ano com quatro algarismos (DD/MM/AAAA). Para obter esta informação você deve consultar um documento oficial do entrevistado. Ao preencher o Quesito 3, automaticamente o sistema fará o cálculo da idade no Quesito 4 (Campo **OBRIGATÓRIO**).

Quesito 6 – **ESTADO CIVIL** - Assinale somente uma das opções.

Quesito 7 – **COR/RAÇA** - Faça a pergunta sobre a cor ou raça e registre a opção de resposta declarada pelo adolescente. Caso ele não saiba informar, ou responda algo que não esteja definido nas classificações disponíveis, leia as opções para que o entrevistado possa declarar aquela mais adequada e assinale conforme o caso (Campo **OBRIGATÓRIO**).

Quesitos 8 e 9 – **NOME COMPLETO (MÃE/PAI)** - Registre o nome completo da mãe e/ou do pai (um dos campos tem preenchimento **OBRIGATÓRIO**).

Quesito 10 – **RESPONSÁVEL** - Assinale conforme o caso. Esse item pede que coloque o nome do responsável pelo adolescente no acompanhamento da medida. Caso seja assinalado o “Tutor” ou “Outro” é necessário registrar o nome da pessoa indicada.

Quesitos 11 e 12 – **PARENTESCO/NOME** - Visíveis apenas se no **Quesito 10** for marcado a opção “Outro”. O **Quesito 11 (COMBO)** – irá indicar o parentesco do adolescente com a pessoa responsável (que deverá, nesse caso, ser diferente da Mãe ou do Pai). Em seguida, no **Item 12** será necessário descrever o nome da pessoa responsável.

Quesito 13 – **UF** – Indique a sigla (duas letras) do estado no qual o adolescente nasceu.

Quesito 14 – **MUNICÍPIO DE NASCIMENTO** - Indique o nome do município onde o adolescente nasceu. Consulte um documento oficial.

Quesito 15 – **FILHOS** - Assinale uma das opções (Campo **OBRIGATÓRIO**).

Quesito 16 – **FILHOS (MASC/FEM)** - As opções serão liberadas desde que no Quesito 15 a opção assinalada tenha sido “SIM”. A marcação permite o registro numérico de um dígito. (Campo **OBRIGATÓRIO** desde que preenchida alternativa “SIM” no **Quesito 15**).

B – Documentos do (a) Adolescente

(Ao menos um dos itens deste Bloco é de **preenchimento OBRIGATÓRIO**)

B - DOCUMENTOS (Ao menos um dos itens deste Bloco é de preenchimento obrigatório)

Certidão: Livro: Folha: N° do Termo:

CPF: Título de Eleitor: Zona: Seção:

N° RG: Complemento: Emissão: Órgão/Estado Emissor:

CTPS N°: Série: Data da Emissão:

NIS: CAM: RNE:

Vale destacar que, embora a exigência seja da apresentação de apenas um documento, devem ser registradas as informações de todos os documentos que o adolescente possuir. Quanto mais completa a identificação, melhor.

Quesito 1 – **CERTIDÃO** - Assinale uma das opções – Neste item os campos são vinculados, isto é, se preencher o primeiro campo será obrigatório o preenchimento dos demais. Observe a quantidade de caracteres permitida. Número do livro pode iniciar com a letra que identifica o tipo do livro, ou seja, a letra A no caso de certidão de Nascimento e a letra B no caso da Certidão de Casamento. Registre o número da folha que consta na certidão. Registre o número do termo que consta na certidão.

Quesito 2 – **CPF** - Registre o número da inscrição do **Cadastro de Pessoa Física** – CPF, único e intransferível, atribuído à pessoa pelo Ministério da Fazenda. Esse campo só aceita o registro de números no seguinte formato: “XXX.XXX.XXX-XX”.

- Quesito 3 – **TÍTULO ELEITOR** - Registre todos os números expedidos pela Justiça Eleitoral. Ou seja: Número do Título, Zona e Seção. (Neste item os **campos são vinculados**, isto é, se preencher o primeiro campo será obrigatório o preenchimento dos demais. Observe a quantidade de caracteres permitida).
- Quesito 4 – **Registro Geral** ou **RG** - Registre todos os dados do documento de identidade expedido por órgão do governo estadual. O item Nº do RG só aceita caracteres numéricos, já no “Complemento” caso o documento de identidade não apresente esta característica, deixe o campo em branco; é importante observar que o dígito numérico do RG **NÃO É CONSIDERADO COMPLEMENTO**, e deve ser considerado junto com a numeração do RG no campo anterior; o campo “Complemento” **só aceita caracteres alfabéticos**. Registre a data em que o documento em questão foi emitido: dia e mês com dois algarismos e o ano com quatro algarismos. Registre a sigla do órgão e do estado que emitiu o RG. (Neste item os **campos são vinculados**, isto é, se preencher o primeiro campo será obrigatório o preenchimento dos demais. Observe a quantidade de caracteres permitida).
- Quesito 5 – **Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS**- Registre o número da, a série e a data de emissão sendo, o dia e o mês com dois algarismos e o ano com quatro algarismos. (Neste item os **campos são vinculados**, isto é, se preencher o primeiro campo será obrigatório o preenchimento dos demais. **Observe a quantidade de caracteres permitida**).
- Quesito 6 – **Número de Identificação Social - NIS** - Registre o. É um número de cadastro atribuído pela Caixa Econômica Federal (CEF) às pessoas que serão beneficiadas por algum projeto social e ainda não possuem cadastro no Programa de Integração Social (PIS). Na posse deste número (NIS) os interessados podem se candidatar aos diversos programas sociais do governo como, por exemplo, Bolsa Família. O NIS está associado ao PIS, destinado aos trabalhadores do setor privado. Caso uma pessoa que já obteve o NIS pretenda futuramente trabalhar com carteira assinada, usará o mesmo número.
- Quesito 7 – **Certificado de Alistamento Militar - CAM** - Registre o número do. O alistamento militar é obrigatório para todo cidadão brasileiro, do sexo masculino. O alistamento militar deve ser realizado nos primeiros seis meses (1º de janeiro ao último dia útil de junho) do ano em o brasileiro completar 18 (dezoito) anos de idade. As mulheres estão isentas do Serviço Militar em tempo de paz.
- Quesito 8 – O **Registro Nacional de Estrangeiros – RNE** - é o documento que no Brasil atesta a identidade de indivíduos não brasileiros com residência temporária ou permanente no território da Federação. Este documento pessoal foi durante muitas décadas conhecido como modelo 19. Aos cidadãos portugueses amparados pelo Estatuto de Igualdade emite-se uma cédula de identidade igual à dos cidadãos brasileiros.

ATENÇÃO: Esses documentos são importantes para garantir a identificação correta do adolescente. O preenchimento do Instrumental só prossegue após o registro de, ao menos, um dos itens deste Bloco.

2- ENDEREÇO DE RESIDÊNCIA DO (A) ADOLESCENTE - É o bloco destinado ao preenchimento de todas as informações que identifica o local onde reside o adolescente que está sendo cadastrado. O endereço deve ser o mais completo possível e ter o máximo de informações, pois elas podem ser usadas para futuros cruzamentos, como CadÚnico, por exemplo.

2 - Endereço

A - RESIDÊNCIA DO (A) ADOLESCENTE

Localidade: Nome:

Logradouro: Nome:

Nº: Complemento: Complemento Adicional: CEP:

Ponto de Referência:

Contato: Telefone Fixo: Celular: Email:

- Quesito 1 – **LOCALIDADE** – Nome como é conhecido o local ou região onde está situado um logradouro. A localidade assemelha-se ao bairro, e nas áreas rurais onde se situa o endereço, Povoado, Vila etc. (Campo **OBRIGATÓRIO**). Apenas para o município de São Paulo, antes do campo LOCALIDADE, aparece o campo DISTRITO. Há um (COMBO) com os 31 distritos localizados na Capital de São Paulo.
- Quesito 2 – **LOGRADOURO** – Área de circulação de pessoas, veículos ou mercadorias. Pode ser formado pelos componentes: tipo, título e nome. Há uma **lista (COMBO)** de **tipos de logradouro** (rua, avenida, viela etc.),

sendo que os demais dados de identificação devem ser digitados no campo “Nome”. (Campo **OBRIGATÓRIO**).

- Quesito 3 – **NÚMERO** - Registre o número do logradouro conforme declarado pelo adolescente. Caso não exista numeração, ou o adolescente não saiba informar o número, deixe o campo em branco. Este campo só aceita dados numéricos. (Campo **não é OBRIGATÓRIO**, mas não sendo preenchido o **Quesito 5** passa a ter o preenchimento **OBRIGATÓRIO**).
- Quesito 4 – **COMPLEMENTO/Nº** - Este quesito complementa a informação do campo número (Quesito 3). Não são todos os domicílios que possuem complemento. Portanto: este **dado é opcional**. No entanto, se for necessário preencher será sempre por meio de letras (**p. ex.: “A”, KM, SN, FUNASA etc**).
- Quesito 5 – **COMPLEMENTO/ADICIONAL** - Caso seja necessário, registre dados adicionais ao número ou ao endereço do domicílio (casa, frente, fundos, lado, térreo, apartamento, Bloco A1 etc). Este campo registra **dados alfanuméricos**. (Campo **OBRIGATÓRIO** caso o **Quesito 3** tenha ficado em branco).
- Quesito 6 – **Código de endereçamento postal - CEP** – constitui, em nível nacional, do cadastro de áreas de endereçamento postal dos correios e pode estar associado a um bairro, logradouro ou a um de seus trechos e, em casos particulares, a um único prédio. Em regiões de menor movimento postal, o CEP chamado único ou genérico, pode corresponder à totalidade de um município. **Este campo registra dados numéricos** (Campo **OBRIGATÓRIO**).
- Quesito 7 – **PONTO DE REFERÊNCIA** – Inserir informação descritiva para facilitar a localização da unidade residencial indicada pelo adolescente.
- Quesito 8 – **CONTATOS** – Indique formas de localização do adolescente e/ou responsável através de números dos telefones fixo, celular e endereço eletrônico (e-mail).

3- SITUAÇÃO HABITACIONAL - É o bloco destinado ao preenchimento de todas as informações que demonstram como é a residência do adolescente que está sendo cadastrado.

3 - Situação Habitacional

Tipo: Selezione | Situação do domicílio: Selezione

Acesso: Selezione, Casa, Barraco, Cortiço, Pensão, Apartamento, Serviço de Acolhimento Institucional

Esgoto Luz Elétrica Pavimentação Coleta de Lixo

Quantas pessoas moram no domicílio:

SALVAR

Quesito 1 – **TIPO** – Assinale a opção desejada. Se a **opção marcada for “Serviço de Acolhimento Institucional”**, os demais **quesitos deste Item não deverão ser preenchidos**. O Bloco ficará inibido (Campo **OBRIGATÓRIO**).

3 - Situação Habitacional

Tipo: Selezione | Situação do domicílio: Selezione

Acesso a Serviço público: Água Esgoto Luz Pavimentação Coleta de Lixo

Quantidades de cômodos: Quantas pessoas moram no domicílio:

Situação do domicílio: Selezione, Próprio, Financiado, Cedido, Ocupado, Alugado

SALVAR

Quesito 2 – **SITUAÇÃO/DOMICÍLIO** - Assinale a opção desejada. Caso a opção marcada tenha sido: “domicílio financiado”, aparecerá o campo “Valor da prestação” para preenchimento aberto. O mesmo acontece com a opção “domicílio alugado”. Caso essa seja a opção marcada, irá aparecer o campo “Valor do aluguel” para preenchimento aberto (Campo **OBRIGATÓRIO**; salvo as **exceções do Quesito 1**).

3 - Situação Habitacional

Tipo: Situação do domicílio:

Acesso a Serviço público: Água Esgoto Luz Elétrica Pavimentação Coleta de Lixo

Quantidades de cômodos: Quantas pessoas moram no domicílio:

Quesito 3 – **ACESSO/SERVIÇOS PÚBLICOS** - Assinale a opção desejada. Este Quesito **admite múltipla marcação**. (Campo **OBRIGATÓRIO**; salvo as **exceções do Quesito 1**).

Quesito 4 – **QUANTIDADE/CÔMODOS** - Considere como cômodo cada compartimento do domicílio coberto por um teto e limitado por paredes, inclusive o banheiro e a cozinha. Incluam, no total, os cômodos existentes na parte externa da residência que sejam parte integrante do domicílio. Não considere como cômodo: corredores, alpendres e varandas abertas; garagens, depósitos e outros compartimentos utilizados para fins não residenciais. Este campo permite o registro de dois caracteres. (Campo **OBRIGATÓRIO**; salvo as **exceções do Quesito 1**).

Quesito 5 – **PESSOAS/DOMICÍLIO** - Registre o número total de pessoas moradoras no domicílio em que o adolescente reside. Esse registro está vinculado com a identificação dos membros da família e no cálculo da per capita, no Bloco seguinte. (Campo **OBRIGATÓRIO**; salvo as **exceções do Quesito 1**).

4 – FAMÍLIA - É o bloco destinado ao preenchimento de todas as informações sobre a família que reside com o adolescente que está sendo cadastrado. Ele está organizado em duas partes sendo que, no **Item A** são identificadas as pessoas que compõem a família e no **Item B** para coletar as informações de renda da família e seu acesso aos serviços socioassistenciais.

A- Composição Familiar - (Considerar apenas os **residentes no mesmo domicílio**. O **1º componente** deve, **obrigatoriamente**, ser o **Responsável pela Unidade Familiar - RF**).

A lista com os componentes da família tem o objetivo de identificar as pessoas da família do adolescente cadastrado que residam no mesmo domicílio. **Importante:** a cada registro preenchido, todos os demais campos da mesma linha se tornarão obrigatórios.

4 - Família

A - COMPOSIÇÃO FAMILIAR RESIDENTE NO DOMICÍLIO (Considerar apenas os residentes no mesmo domicílio. O 1º componente deve obrigatoriamente ser o RF)

O adolescente é o Responsável Familiar

Nome Completo: Parentesco: Idade: Sexo: Escolaridade: Ocupação:

Quesito 1 – **NOME COMPLETO** - **Sempre inicie o preenchimento** da lista dos componentes da família que residem com o adolescente, pelo nome do **Responsável Familiar – RF**. Assim o 1º componente deve (obrigatoriamente) ser o do RF (responsável familiar). Se a opção marcada for: o adolescente é o RF, todos os dados dele já preenchidos no formulário virão migrados automaticamente, para o preenchimento da 1ª linha. Não sendo o adolescente o RF, seus dados serão migrados automaticamente para a 2ª ou 3ª linha conforme o caso, logo após o nome do Pai e/ou Mãe.

Quesito 2 – **PARENTESCO** - Registre o parentesco correspondente (COMBO).

Quesito 3 – **IDADE** - Registre o valor das idades de cada componente.

Quesito 4 – **SEXO** - Registre o sexo de cada componente (COMBO).

Quesito 5 – **ESCOLARIDADE** - Registre a escolaridade de cada componente (COMBO).

Quesito 6 – **OCUPAÇÃO** - Registre a ocupação de cada componente da família. Ao terminar todo o preenchimento referente ao componente, aperte o “+” e um campo para nova inserção aparecerá.

Lembre-se, o primeiro nome sempre será do **RF - Responsável Familiar**. Já, se for indicado o próprio adolescente como o **RF – Responsável Familiar**, a tela que será exibida é a seguinte:

A - COMPOSIÇÃO FAMILIAR RESIDENTE NO DOMICÍLIO (Considerar apenas os residentes no mesmo domicílio. O 1º componente deve obrigatoriamente ser o RF)

O adolescente é o Responsável Familiar

Nome Completo: Parentesco: Idade: Sexo: Escolaridade: Ocupação:

RESPONSÁVEL FAMILIAR: O PRÓPRI...

COMPOSIÇÃO FAMILIAR:

B – Informações sobre a Família

Para preencher os Quesitos 1 e 2 é importante conhecer previamente os programa e serviços oferecidos pela assistência social do município.

B - INFORMAÇÃO SOBRE A FAMÍLIA

Algum membro da família está incluído em algum Programa a seguir?

TR Municipal Ação Jovem Renda Cidadã SP Solidário Bolsa Família PETI Não Está

Recebe Benefícios: BPC Viva Leite

Outras Fontes de Renda: Seguro Desemprego Auxílio Maternidade Auxílio Reclusão Aluguel de Imóveis Pensão

Total da Renda Familiar:

Renda Familiar Per Capita: R\$ 1.250,00

Quesito 1 – **MEMBRO DA FAMÍLIA/INCLUÍDO EM UM DOS PROGRAMAS** - Assinale a opção desejada. Esse campo admite **múltipla marcação**. (Campo **OBRIGATÓRIO**).

Quesito 2 – **RECEBE BENEFÍCIOS** - Assinale a opção desejada. Esse campo admite **múltipla marcação**.

Quesito 3 – **OUTRAS FONTES DE RENDA** – Assinale se a família tem outras fontes de renda. Esse campo admite **múltipla marcação**.

Quesito 4 - **TOTAL/RENDA FAMILIAR** - Registre o valor, em reais, do total da renda da família do adolescente, **despreze os centavos**. (Campo **OBRIGATÓRIO**).

Quesito 5 – **RENDA FAMILIAR PER CAPITA** – O valor da Renda Per Capita aparecerá de forma automática a partir do número de componentes registrado no bloco 3.

Acessa serviço da rede socioassistencial: (CRAS/CREAS/ONG/etc)

Serviços de Proteção Social Básica Serviço de Proteção Social Básica n +

Serviços de Proteção Social Básica

Serviços de Proteção e Atendimento Integral à Família - PAIF
Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos
Serviço de Proteção Social Básica no domicílio para pessoas com deficiência e idosas

Quesito 6 – **ACESSA SERVIÇO DA REDE SOCIOASSISTENCIAL** - Este campo deve ser preenchido indicando o equipamento ou serviço da rede Socioassistencial que a família acessa, quando for o caso. Se a família acessa serviços de uma das proteções (Básica, Especial de Média Complexidade ou Especial de Alta Complexidade), outro campo será apresentado para indicação do tipo de serviço acessado, conforme relação. Registre **somente uma das alternativas apresentadas nos COMBOS**. (Campo **OBRIGATÓRIO**).

5- ESCOLARIDADE - É o bloco destinado ao preenchimento de todas as informações sobre escolaridade do adolescente que está sendo cadastrado.

5 - Escolaridade

Sabe ler: Sabe escrever:

Frequenta escola: Federal Estadual Municipal Particular Não frequenta, mas já frequentou Nunca frequentou

Onde está localizado a escola atual ou a última frequentada:

UF: Município:

Nome da Escola: Cod. INEP:

Escolaridade:

Educação de Jovens e Adultos - EJA

Quesito 1 – **SABE LER** - Assinale uma das alternativas. (Campo **OBRIGATÓRIO**).

Quesito 2 – **SABE ESCREVER** - Assinale uma das alternativas. (Campo **OBRIGATÓRIO**).

Quesito 3 – **FREQUENTA ESCOLA** - Assinale uma das alternativas. Se no Quesito 3 for marcada as opções: “Frequenta escola” ou “Não frequenta, mas já frequentou” então serão obrigatórios a marcação dos campos UF, Município, Nome da Escola, INEP e também um dos campos que classifica o ensino em fundamental, médio e/ou superior. (Campo **OBRIGATÓRIO** condicionado).

Quesito 4 – **ONDE ESTÁ LOCALIZADA ESCOLA (ATUAL/ÚLTIMA)** - Registre sigla da Unidade da Federação (UF) correspondente e a seguir o nome do município onde a escola está localizada. O sistema irá oferecer uma lista com o nome das escolas incluídas no INEP. Caso não tenha o registro da escola o campo será descritivo apresentando a opção “NOVA”.

Quesitos 5 e 6 – **NOME DA ESCOLA/CÓDIGO INEP/MEC** - Registre o nome da escola que o adolescente frequenta ou já frequentou. Caso o Quesito 4 tenha sido marcado, virá o COMBO com o nome das escolas do município indicado e o código INEP será preenchido automaticamente.

Se no COMBO do **Quesito 4 não constar** o nome da escola procurada, o campo para inserção do nome da escola e o código INEP é também descritivo. **Observe** a quantidade de caracteres permitida. (Campo **OBRIGATÓRIO** se no **Campo 3** for marcada qualquer opção diferente da “Nunca frequentou”).

Quesito 7 – **ESCOLARIDADE** - Assinale uma das alternativas se no Campo 3 for marcada qualquer opção diferente da “Nunca frequentou” (Campo **OBRIGATÓRIO**).

Quesito 8 – **EDUCAÇÃO DE JOVENS E ADULTOS - EJA** - Assinale, quando for o caso, se no **Campo 3** for marcada qualquer opção diferente da “Nunca frequentou”.

6- SAÚDE - É o bloco destinado ao preenchimento de todas as informações sobre a escolaridade do adolescente que está sendo cadastrado.

6 - Saúde

Possui Cartão SUS?

Frequenta Unidade de Saúde?

Participa do programa Saúde da Família?

Participa de programa de atenção a saúde sexual e reprodutiva?

Adolescente Grávida?

Faz Acompanhamento de Pré natal?

Quesito 1 – **CARTÃO SUS** - Registre se o adolescente possui ou não o cartão do Sistema Único de Saúde (SUS) e caso a opção marcada seja “SIM”, registre o seu número (Campo **OBRIGATÓRIO**: apenas para a opção SIM e NÃO. O nº do cartão do SUS não é obrigatório).

- Quesito 2 – **UNIDADE SAÚDE** - Registre a opção desejada. Caso a opção marcada seja “SIM”, o sistema oferece alternativas para a escolha. Este item admite múltipla marcação (Campo **OBRIGATÓRIO** no caso de resposta “SIM”).
- Quesito 3 – **PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA** - Registre se o adolescente e/ou sua família frequenta ou não costuma frequentar reuniões do Programa Saúde da Família – PSF (Campo **OBRIGATÓRIO**).
- Quesito 4 – **SAÚDE SEXUAL/REPRODUTIVA** - Registre se o adolescente participa (ou não), nas Unidades de Saúde, de atividades educativas e/ou informativas sobre a saúde sexual e reprodutiva (Campo **OBRIGATÓRIO**).
- Quesito 5 - **GRÁVIDA** - Assinale uma das alternativas. **Registrando a opção “Não”, passe para o próximo Quesito** (Campo **OBRIGATÓRIO** e disponível apenas para adolescente do sexo feminino).
- Quesito 6 – **PRÉ-NATAL** - Se a opção registrada no Quesito anterior (5) foi “SIM”, assinale uma das alternativas possíveis (Campo **OBRIGATÓRIO** apenas se a resposta do Quesito anterior for “SIM”).

Tem Deficiência?

<input type="checkbox"/> Cegueira <input type="checkbox"/> Surdez severa/profunda <input type="checkbox"/> Deficiência física <input type="checkbox"/> Síndrome de Down <input type="checkbox"/> Nenhuma	<input type="checkbox"/> Baixa visão <input type="checkbox"/> Surdez leve/moderada <input type="checkbox"/> Deficiência mental ou intelectual <input type="checkbox"/> Transtorno/doença mental
--	--

Toma algum tipo de remédio de uso contínuo?
 Seleccione

Faz uso de substâncias psicoativas?
 Seleccione

Faz tratamento em CAPS? **Seleccione o Tipo**
 Seleccione Seleccione

Faz tratamento em comunidade terapêutica?
 Seleccione

Necessita de avaliação técnica multidisciplinar e multissetorial?
 Seleccione

- Quesito 7 – **DEFICIÊNCIA** - Assinale conforme o caso (Campo **OBRIGATÓRIO**).
- Quesito 8 – **REMÉDIO/USO CONTÍNUO** - Se a opção registrada for “SIM” indique no campo aberto o nome do remédio (Campo **OBRIGATÓRIO** no caso de resposta “SIM”, o Quesito descritivo “**Se SIM, qual**” também é obrigatório).
- Quesito 9 – **SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS** - Se a opção registrada for “SIM” indique no campo aberto o nome da substância psicoativa (Campo **OBRIGATÓRIO** no caso de resposta “SIM”, o Quesito descritivo “**Qual**” também é obrigatório).
- Quesito 10 – Centro de Atenção Psicossocial - **CAPS** - Assinale conforme o caso (Campo **OBRIGATÓRIO**).
- Quesito 11 – **TRATAMENTO/COMUNIDADE TERAPÊUTICA** - Assinale conforme o caso (Campo **OBRIGATÓRIO**).
- Quesito 12 – **AVALIAÇÃO TÉCNICA (MULTIDISCIPLINAR/MULTISSETORIAL)** - Assinale conforme o caso (Campo **OBRIGATÓRIO**).

7. TRABALHO - Esse bloco identifica informações sobre o tema trabalho do adolescente que está sendo cadastrado e está organizado em duas situações: **Item A** antes da medida e **Item B** após a aplicação da Medida.

7 - Trabalho

A - Situação Antes da Medida: (Marcar última atividade desenvolvida)
 Seleccione

B - Situação Atual: (Marcar a última atividade desenvolvida)
 Seleccione

A – Situação Antes da Medida – última atividade desenvolvida antes da aplicação da Medida.

Esse bloco identifica informações sobre o tema trabalho e deve ser marcado o item que indica a situação que o adolescente entrevistado encontrava-se antes da aplicação da Medida. Ele **admite apenas uma marcação**. Alternativas de 1 a 10 – Assinale conforme o caso (É **OBRIGATÓRIA a marcação de um campo deste Item**).

B – Situação Atual – atividade que se encontra atualmente, após a aplicação da Medida.

Esse bloco identifica informações sobre o tema trabalho e deve ser marcado o item que indica a situação que o adolescente entrevistado se encontra atualmente. Ele **admite apenas uma marcação**. Alternativas de 1 a 10 – Assinale conforme o caso (É **OBRIGATÓRIA a marcação de um campo deste Item**).

IMPORTANTE: *Caso no Bloco 4 (FAMÍLIA) - Item B – Informações sobre a Família, a opção marcada for o Quesito “Seguro Desemprego” não será permitida a marcação dos itens: 1, 6, e 7 do COMBO em nenhuma das situações A e B.*

8 - SITUAÇÃO PROCESSUAL - É o bloco destinado ao preenchimento de todas as informações sobre a “**Situação Processual**” do adolescente que está sendo cadastrado. Ele está estruturado em quatro partes sendo elas: **Item A** - descrição das medidas socioeducativas de PSC, **Item B** - descrição das medidas socioeducativas de LA, **Item C** desenvolvimento do Plano Individual de Atendimento PIA e **Item D** Nova medida durante a execução.

Quesito 1 – **PROCEDÊNCIA** – Assinale conforme o caso. Registrada a opção “**Judiciário**” abre-se campo para a inclusão do **nome da Vara**. Opção “**Fundação Casa**”, será solicitado o número do prontuário do adolescente.

Medidas Aplicadas:

PSC

Selecione

PSC

LA

PSC/LA

Quesito 2 – **MEDIDAS APLICADAS** - Assinale conforme o caso. Registrada a opção **PSC**, a medida será detalhada no **Item A**. Registrada a opção **LA**, a medida será detalhada no **Item B**. A opção registrada também pode ser cumulativa, PSC/LA.

Medidas Aplicadas:

PSC/LA

Mesmo processo Processos Diferentes

Quesito 3 – **PSC/LA** - Assinale conforme o caso. Registrada esta opção, as **medidas cumulativas** serão detalhadas nos **Itens A e B**. Identificando “**Mesmo Processo**”, inicie pelo **Item A**, pois o **Item B** será preenchido automaticamente. (É **OBRIGATÓRIO apenas um campo deste Item**).

ITEM A – PRESTAÇÃO DE SERVIÇO À COMUNIDADE – PSC – ART.117/ECA

Medidas Aplicadas:

PSC

A - PRESTAÇÃO DE SERVIÇO À COMUNIDADE - PSC - ART.117/ECA

Nº de Processo: Nº de Execução: Nº Prontuário:

Data da infração: Data da Aplicação da Medida:

Prazo determinado para o cumprimento da MSE: Selecione meses 0 dias

Horas semanais: Data da entrada no Programa/Serviço: Previsão término da medida:

Quesito 1 – **Nº/PROCESSO** - Registre o número do processo. (Campo **OBRIGATÓRIO**).

Quesito 2 – **Nº/EXECUÇÃO** - Registre o número de execução da medida. (Campo **OBRIGATÓRIO**).

Quesito 3 – **Nº/PRONTUÁRIO** - Registre o nº do prontuário, caso o adolescente já tenha passado pela Fundação CASA e a opção da procedência tenha sido marcada.

Quesito 4 – **DATA/INFRAÇÃO** - Registre a data em que ocorreu a infração.

Quesito 5 – **DATA/APLICAÇÃO MEDIDA** - Registre a data que foi aplicada a medida.

Quesito 6 – **PRAZO/MSE** - Registre o prazo determinado para o cumprimento da medida em número de meses, dias e se for o caso, a quantidade de horas semanais que deve cumprir. (Campo **OBRIGATÓRIO**).

Quesito 7 – **DATA ENTRADA no PROGRAMA/SERVIÇO** - Registre a data na qual o adolescente iniciou as atividades da medida no Programa. (Campo **OBRIGATÓRIO**).

Quesito 8 – **PREVISÃO TÉRMINO/MEDIDA** – Data prevista para o término do cumprimento da medida. O sistema calcula e preenche automaticamente este campo, a partir das informações registradas nos Quesitos **6 e 7** do **Item A**.

Motivo que levou a medida:

Infração: Ato Infracional:

Selecione

- Aborto
- Ameaça
- Apropriação Indébita
- Atentado Violento ao Pudor
- Ato Obsceno
- Calúnia, Difamação, Injúria
- Dano
- Desacato
- Descumprimento de Medida Judicial
- Dirigir Sem Habilitação
- Estelionato e Outras Fraudes
- Estupro
- Extorsão
- Falsidade Ideológica
- Formação de Bando ou Quadrilha
- Furto
- Homicídio Culposo
- Homicídio Doloso
- Infanticídio
- Latrocínio
- Lesão Corporal
- Porte de Arma
- Porte ou Uso de Drogas
- Receptação
- Rixa
- Roubo Qualificado
- Roubo Simples
- Sequestro ou Cárcere Privado
- Tráfico de Drogas

Quesito 9 – **INFRAÇÃO/ATO INFRACIONAL** - Indique o código e nome do ato infracional que levou à medida. O sistema irá oferecer as opções possíveis, mas a relação completa encontra-se nos Anexos. (Campo **OBRIGATÓRIO**).

1º medida Reincidente

Quesito 10 – **1ª MEDIDA** – Assinale se for o caso de cumprimento em primeira medida. (Campo **OBRIGATÓRIO**).

Quesitos 11 e 12 – **REINCIDENTE/Nº DE VEZES** – Assinale (se for o caso de reincidência) e indique a seguir o número de vezes na qual a reincidência ocorreu. (Campo **OBRIGATÓRIO**).

ITEM B – **LIBERDADE ASSISTIDA – LA – ART.118/ECA**

Medidas Aplicadas:

LA

B - LIBERDADE ASSISTIDA - LA - ART.118/ECA

Nº de Processo: Nº de Execução: Nº Prontuário:

Data da Infração: Data da Aplicação da Medida:

Prazo determinado para o cumprimento da MSE: meses dias

Horas semanais:

Data da entrada no Programa/Serviço: Previsão término da medida:

Quesito 1 – **Nº/PROCESSO** - Registre o número do processo. (Campo **OBRIGATÓRIO**).

Quesito 2 – **Nº/EXECUÇÃO** - Registre o número de execução da medida. (Campo **OBRIGATÓRIO**).

Quesito 3 – **Nº/PRONTUÁRIO** - Registre o nº do prontuário, caso o adolescente já tenha passado pela Fundação CASA e a opção da procedência tenha sido marcada.

Quesito 4 – **DATA/INFRAÇÃO** - Registre a data em que ocorreu a infração.

Quesito 5 – **DATA/APLICAÇÃO MEDIDA** - Registre a data que foi aplicada a medida.

Quesito 6 – **PRAZO/MSE** - Registre o prazo determinado para o cumprimento da medida em número de meses, dias e se for o caso, a quantidade de horas semanais que deve cumprir. (Campo **OBRIGATÓRIO**).

Quesito 7 – **DATA ENTRADA no PROGRAMA/SERVIÇO** - Registre a data na qual o adolescente iniciou as atividades da medida no Programa. (Campo **OBRIGATÓRIO**).

Quesito 8 – **PREVISÃO TÉRMINO/MEDIDA** – Data prevista para o término do cumprimento da medida. O sistema calcula e preenche automaticamente este campo, a partir das informações registradas nos **Quesitos 6 e 7 do Item B**.

Motivo que levou a medida:

Infração: Ato Infracional:

Selecione

- Aborto
- Ameaça
- Apropriação Indébita
- Atentado Violento ao Pudor
- Ato Obsceno
- Calúnia, Difamação, Injúria
- Dano
- Desacato
- Descumprimento de Medida Judicial
- Dirigir Sem Habilitação
- Estelionato e Outras Fraudes
- Estupro
- Extorsão
- Falsidade Ideológica
- Formação de Bando ou Quadrilha
- Furto
- Homicídio Culposo
- Homicídio Doloso
- Infanticídio
- Latrocínio
- Lesão Corporal
- Porte de Arma
- Porte ou Uso de Drogas
- Receptação
- Rixa
- Roubo Qualificado
- Roubo Simples
- Sequestro ou Cárcere Privado
- Tráfico de Drogas

Quesito 9 – **INFRAÇÃO/ATO INFRACIONAL** - Indique o código e nome do ato infracional que levou à medida. O sistema irá oferecer as opções possíveis, mas a relação completa encontra-se nos Anexos. (Campo **OBRIGATÓRIO**).

1º medida Recidivente

Quesito 10 – **1ª MEDIDA** – Assinale se for o caso de cumprimento em primeira medida. (Campo **OBRIGATÓRIO**).

Quesitos 11 e 12 – **REINCIDENTE/Nº DE VEZES** – Assinale, (se for o caso de reincidência) e indique a seguir o número de vezes na qual a reincidência ocorreu. (Campo **OBRIGATÓRIO**).

ITEM C – **PLANO INDIVIDUAL DE ATENDIMENTO - PIA**

C - PLANO INDIVIDUAL DE ATENDIMENTO

Prazo máximo de elaboração do PIA: Data final de encaminhamento do PIA:

Houve impugnação ou pedido de complementação do pia ? Data da homologação do PIA:

Quem Solicitou ?

- Selecione
- Defensor
- Promotor

Quesitos 1 – **PRAZO MÁXIMO de elaboração do (PIA)**. *O Plano Individual de Atendimento – PIA é um instrumento que retrata a dinâmica do trabalho que será realizado com o adolescente e sua família, durante o cumprimento da medida. Não é somente um instrumento de coleta de dados, mas um consolidador das ações e metas construídas conjuntamente com o adolescente. De acordo com a legislação vigente o PIA deverá ser elaborado no prazo de até **quinze dias** do ingresso do adolescente no programa. A partir das informações acima e da data que foi registrada no **Quesito 7** dos Itens **A ou B**, o preenchimento será automático.*

Quesito 2 - **DATA FINAL de encaminhamento do (PIA)**. Registre a data real que o PIA foi encaminhado.

Quesitos 3 e 4 – **HOUVE IMPUGNAÇÃO/COMPLEMENTAÇÃO DO PIA?** – Assinale a opção desejada e no caso da opção ter sido “SIM”, indique quem solicitou. (Campo **OBRIGATÓRIO**).

Quesito 5 – **HOMOLOGAÇÃO/PIA** - Registre a data que foi feita a homologação do PIA.

ITEM D – NOVA MEDIDA DURANTE A EXECUÇÃO

D - NOVA MEDIDA DURANTE A EXECUÇÃO

Ocorreu uma nova medida durante a execução?

No caso de medida de meio aberto continue o preenchimento. No caso de medida restritiva de liberdade informe ao Judiciário e solicite o desligamento do adolescente. Não se esqueça de preencher o Bloco 11 Suspensão/Desligamento.

Vara:

Medidas Aplicadas:

Selecione

- Selecione
- PSC
- LA

Quesito 1 – **OCORREU UMA NOVA MEDIDA DURANTE A EXECUÇÃO** - Assinale a opção desejada e no caso de a opção ter sido “SIM”, para medida de meio aberto continue o preenchimento. Já no caso de medida restritiva de liberdade é preciso informar ao judiciário e solicitar o desligamento do adolescente. **(Campo OBRIGATÓRIO)**.

Quesito 2 – **VARA** – Informe a Vara de onde partiu a nova Medida.

Quesito 3 – **MEDIDA APLICADA** - Registre qual foi a Medida aplicada. Assinale uma das alternativas, se no Quesito 1 foi marcada a opção “SIM” **(Campo OBRIGATÓRIO)**.

Caso tenha escolhido como Medida Aplicada, a opção “PSC”, campo similar ao **Item A** com as informações sobre a nova medida será aberto para ser preenchimento.

Medidas Aplicadas:

PSC

A - PRESTAÇÃO DE SERVIÇO À COMUNIDADE - PSC - ART.117/ECA

Nº de Processo: Nº de Execução:

Data da infração: Data da Aplicação da Medida:

Prazo determinado para o cumprimento da MSE: meses dias Horas semanais:

Previsão término da medida:

Motivo que levou a medida:

Infração: Ato Infracional: +

1º medida Reincidente Nº de vezes:

Quesito 4 – **REINCIDENTE - Nº DE VEZES** – Registre o número da reincidência. **ATENÇÃO:** Nesse caso, o item **REINCIDENTE** virá marcado automaticamente.

Sendo escolhido como Medida Aplicada, a opção “LA”, campo similar ao **Item B** com as informações sobre a nova medida será aberto para ser preenchimento.

Medidas Aplicadas:
 LA

B - LIBERDADE ASSISTIDA - LA - ART.118/ECA

Nº de Processo: Nº de Execução:

Data da Infração: Data da Aplicação da Medida:

Prazo determinado para o cumprimento da MSE: Selezione meses 0 dias Horas semanais:

Data da entrada no Programa/Serviço: Previsão término da medida:

Motivo que levou à medida:

Infração: Selezione Ato Infracional: Selezione

1ª medida Reincidente

Quesito 4 – **REINCIDENTE - Nº DE VEZES** – Registre o número da reincidência. **ATENÇÃO:** Nesse caso, o item **REICINDENTE** virá assinalado automaticamente.

ITEM E - ATUALIZAÇÃO DO PIA

ATUALIZAÇÃO DO PLANO INDIVIDUAL DE ATENDIMENTO:

Prazo máximo de elaboração do PIA: Data final de encaminhamento do PIA:

Houve impugnação ou pedido de complementação do pia ? Sim Data da homologação do PIA:

Quem Solicitou ? Selezione

SALVAR

Quesitos 1 – **PRAZO MÁXIMO de elaboração do (PIA)**. *O Plano Individual de Atendimento – PIA é um instrumento que retrata a dinâmica do trabalho que será realizado com o adolescente e sua família, durante o cumprimento da medida. Não é somente um instrumento de coleta de dados, mas um consolidador das ações e metas construídas conjuntamente com o adolescente. De acordo com a legislação vigente o PIA deverá ser elaborado no prazo de até **quinze dias** do ingresso do adolescente no programa. A partir das informações acima e da data que foi registrada no Quesito 7 dos Itens A ou B, o preenchimento será automático. O serviço deve informar através do relatório de acompanhamento, que o artigo 45 da Lei 12594/12, recomenda unificação dos processos.*

Quesito 2 - **DATA FINAL de encaminhamento do (PIA)**. Registre a data real que o PIA foi encaminhado.

Quesitos 3 e 4 – **HOUVE IMPUGNAÇÃO/COMPLEMENTAÇÃO DO PIA?** – Assinale a opção desejada e no caso de a opção ter sido “SIM”, indique quem solicitou. (Campo **OBRIGATÓRIO**).

Quesito 5 – **HOMOLOGAÇÃO/PIA** - Registre a data que foi feita a homologação do PIA.

9 - ENCAMINHAMENTOS NO MÊS DE REFERÊNCIA - É o bloco destinado ao preenchimento das informações sobre os locais e/ou serviços que o adolescente foi encaminhado durante o desenvolvimento da medida. Ele está estruturado em quatro partes sendo elas:

Item A - Serviços Socioassistenciais/Programas de Transferência de Renda,

Item B - Rede de Ensino,

Item C Sistema de Saúde e

Item D Outros (Formação Profissional, Habitação, Cidadania, Convivência e Acolhimento).

ATENÇÃO: Nesse bloco não existem **CAMPOS OBRIGATÓRIOS**, porém, caso algum Quesito seja preenchido, os demais campos do bloco passam a ser obrigatórios.

9 - Encaminhamento no mês de referência

Nesse mês não houve encaminhamento.

Quesito 1 - **NÃO HOUVE ENCAMINHAMENTOS** – Caso não tenha havido encaminhamentos no mês de referência, assinale a opção. Sendo essa opção marcada os demais campos ficam inibidos e a inserção de dados nesse bloco fica bloqueada.

No entanto, a partir das informações já coletadas o sistema apresenta alguns lembretes, conforme exemplo a seguir: *“Esta família possui perfil de renda para inserção em programa de transferência de renda. É importante que seja feito o encaminhamento”. (Se a renda per capita for inferior a ½ salário mínimo e não houver encaminhamento para programas de transferência de renda).*

O Bloco 10 (seguinte) só é acionado após SALVAR o bloco 9, (anterior) mesmo que nenhum quesito tenha sido preenchido!

ITEM A - SERVIÇOS SOCIOASSISTENCIAIS/TRANSFERÊNCIA DE RENDA

PROGRAMA DE TRANSFERÊNCIA DE RENDA

Local onde o adolescente será encaminhado para cadastro em Programa de Transferência de Renda.

CRAS Órgão Gestor Outro Nenhum

Qual?

Serviço(s) da rede socioassistencial que necessita acessar:

Serviços de Proteção Social Especial... Serviço de Proteção Social Especial...

Quesito 1 – **PROGRAMA TRANSFERÊNCIA** - Caso a família do adolescente necessite ser encaminhada para algum programa de transferência de renda, escolha uma das opções apresentadas (“CRAS”, “Órgão Gestor” ou “Outro”) e depois registre o nome no campo descritivo: “Qual?”

Quesito 2 – **QUAL SERVIÇO DA REDE SOCIOASSISTENCIAL NECESSITA ACESSAR** - Este campo deve ser preenchido indicando o equipamento ou serviço da rede Socioassistencial no qual a família necessita acessar, quando for o caso. Se a família precisa acessar serviços de uma das proteções (Básica, Especial de Média Complexidade ou Especial de Alta Complexidade), outro campo será apresentado para indicação do tipo de serviço, conforme relação. Registre uma ou mais alternativas apresentadas nos COMBOS. (**Campo OBRIGATÓRIO**).

ITEM B - REDE DE ENSINO

*Esse Bloco só ficará ativo para encaminhamento do adolescente a escola caso no **Bloco 5** tenha sido marcado um dos itens: “Não frequenta, mas já frequentou” ou “Nunca Frequentou”.*

REDE DE ENSINO:

Onde está localizada a Escola para a qual será encaminhado:

UF: Município:

Nome da Escola: Cod. INEP:

Curso: Ano/Série:

Quesito 1 e 2 – **ONDE ESTÁ LOCALIZADA A ESCOLA** - Indique o estado e a seguir indique o município.

Quesito 3 e 4 – **NOME ESCOLA/INEP** - Ao indicar o nome da escola (Quesito 3), o código INEP (Quesito 4) será preenchido automaticamente; caso contrário, não havendo o nome da escola na base de dados do INEP, registre no campo descritivo o nome da escola e/ou o código INEP.

Quesitos 5 e 6 – **CURSO (ANO/SÉRIE)** - Indique o nome do Curso e, em seguida, o Ano/Série.

ATENÇÃO: *Caso não tenha sido marcado nenhum Quesito neste item, após acionar o ícone “Salvar” o Sistema apresenta a seguinte mensagem:*

“Lembrete: se o adolescente tiver entre 12 e 15 anos, é obrigatória a matrícula na escola, acompanhamento da frequência e das notas pelo orientador técnico”!

ITEM C - SISTEMA DE SAÚDE

SISTEMA DE SAÚDE:

Unidade Básica de Saúde: **CAPS:**

Selecione ▼ Seleccione ▼

Atendimento Multidisciplinar e multissetorial: **Outros serviços de saúde:**

Selecione ▼

Quesito 1 – **UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE** – Indique a opção desejada.

SISTEMA DE SAÚDE:

Unidade Básica de Saúde: **CAPS:**

SIM ▼ CAPS 1 ▼

Selecione

NÃO

CAPS 1

CAPS 2

CAPS 3

CAPS i

CAPS AD

Não há oferta desse serviço

Quesito 2 – **CAPS** - Indique a opção desejada.

SISTEMA DE SAÚDE:

Unidade Básica de Saúde: **CAPS:**

Selecione ▼ Seleccione ▼

Atendimento Multidisciplinar e multissetorial: **Outros serviços de saúde:**

SIM ▼

Selecione

SIM

NÃO

Não há oferta desse serviço

+

Quesito 3 – **ATENDIMENTO MULTIDISCIPLINAR/MULTISSETORIAL** - Indique a opção desejada.

Quesito 6 – **OUTROS SERVIÇOS/SAÚDE** - Registre no **campo aberto** outros serviços de saúde para os quais o adolescente possa ser encaminhado. O sinal “+” possibilita a inclusão de outros serviços.

ATENÇÃO: Nos quesitos 1, 2, e 3 existe a opção para o caso da “**Não oferta do serviço**” pela Rede de Saúde. Caso no Quesito 2 a opção marcada tenha sido CAPS 1, CAPS 2, CAPS 3, CAPS i ou CAPS AD, o Sistema apresenta a seguinte mensagem: “**Lembrete: o orientador técnico deve acompanhar este adolescente e sua família de forma regular, para não interromper o tratamento!**”

Pré-natal:

Selecione ▼

Selecione

Sim

Não

Quesito 7 – **PRÉ-NATAL** - Indique a opção desejada. Campo **OBRIGATÓRIO** no caso de ter sido marcado “**SIM**” no Quesito 5 (Adolescente Grávida) ou “**NÃO**” no Quesito 6 (Faz Pré-Natal) do Bloco 6 – Saúde.

ITEM D - OUTROS

OUTROS:**FORMAÇÃO PROFISSIONAL:****Oficinas de aprendizagem para a formação profissional:**

Programas de Aprendizagem do Sistema S:

Selecione

SESI

SESC

SENAC

SENAI

SENART

OUTRO

Quesito 1 – **FORMAÇÃO PROFISSIONAL/OFICINAS** - Indique a opção desejada.

Quesito 2 – **PROGRAMAS/APRENDIZAGEM** - Este campo só é apresentado se for marcada a opção “Sim” no quesito anterior. Indique a opção desejada de acordo com as apresentadas no COMBO. Caso seja marcada a opção “Outro”, registre o nome no campo descritivo. Existe, ainda, a opção de indicar se não há oferta do serviço para o encaminhamento do adolescente. (Campo **OBRIGATÓRIO**).

Inserção no Mundo do Trabalho:**Local:**

Selecione

Sim

Não

Quesito 3 – **INSERÇÃO/TRABALHO** - Indique a opção desejada. Marcando “SIM” registre o nome no campo descritivo. (Campo **OBRIGATÓRIO**).

HABITAÇÃO:**Programas da Política de Habitação:**

Selecione

Sim

Não

Não há Oferta deste serviço

Quesito 4 – **HABITAÇÃO/PROGRAMAS** - Indique a opção desejada. (Campo **OBRIGATÓRIO**). Marcando “NÃO” o Sistema apresenta a seguinte mensagem: **“Verifique a necessidade de incluir a família em programa de habitação!”**

CIDADANIA:**Oficinas de formação pessoal:**

Selecione

Sim

Não

Não há Oferta deste serviço

Quesito 5 – **CIDADANIA/FORMAÇÃO PESSOAL** - Indique a opção desejada. (Campo **OBRIGATÓRIO**).

Providência e/ou regularização de documentos:

Selecione

Sim

Não

Quesito 6 – **CIDADANIA/REGULARIZAÇÃO DOCUMENTOS** - Indique a opção desejada. (Campo **OBRIGATÓRIO**).

CONVIVÊNCIA:**Atividades lúdicas:**

Selecione

Selecione

Sim

Não

Não há Oferta deste serviço

Quesito 7 – **CONVIVÊNCIA/ATIVIDADES LÚDICAS** - Indique a opção desejada. (Campo **OBRIGATÓRIO**).

Atividades de esporte, lazer e Cultura:

Selecione

Selecione

Sim

Não

Quesito 8 – **CONVIVÊNCIA/ESPORTE/LAZER/CULTURA** - Indique a opção desejada. (Campo **OBRIGATÓRIO**).

Atividades de convivência comunitária:

Selecione

Selecione

Sim

Não

Não há Oferta deste serviço

Quesito 9 – **CONVIVÊNCIA COMUNITÁRIA** - Indique a opção desejada. (Campo **OBRIGATÓRIO**).

ACOLHIMENTO:**Acolhimento Institucional - Abrigo:**

Nome:

Sim

Selecione

Sim

Não

Não há Oferta deste serviço

SALVAR

Quesito 10 – **ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL** - Indique a opção desejada. **Marcando “SIM” registre o nome no campo descritivo.** (Campo **OBRIGATÓRIO**).

- 10 - ACOMPANHAMENTO MENSAL – MÊS DE REFERÊNCIA** - O Bloco “ACOMPANHAMENTOS” permite o acompanhamento das atividades que o adolescente cadastrado está inserido e/ou encaminhado durante o desenvolvimento da medida socioeducativa. Ele está organizado em quatro partes sendo elas:
- Item A** - Acompanhamentos dos encaminhamentos,
 - Item B** - Atendimentos,
 - Item C** - Visitas técnicas e
 - Item D** – Relatórios. Durante o mês de referência pelo menos uma opção deve ser marcada em cada um dos quatro itens preenchendo quando for o caso, o campo de datas.

ITEM A – ACOMPANHAMENTO DOS ENCAMINHAMENTOS

10 - Acompanhamento Mensal - Mês de Referência

Acompanhamento dos Encaminhamentos

Serviço(s) da rede socioassistencial que necessita acessar:

Serviços de Proteção Social Básica Serviços de Convivência e Fortalecim...

Serviços de Proteção Social Especia... Serviço de Proteção e Atendimento E...

	Mensal	Semanal	Quinzenal	Sem periodicidade	Vaga negada
Rede de Ensino					
ALMIR PEREIRA BAHIA REVERENDO	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sistema de Saúde					
CAPS 1	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atendimento multidisciplinar e multissetorial	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Formação Profissional					
Oficinas de aprendizagem	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Programas do Sistema S e/ou similar	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Inserção ao mundo de Trabalho	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Habitação					
Habitação	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cidadania					
Oficinas de formação pessoal	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Providências e/ou regularização de documentos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Convivência					
Atividades Lúdicas	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atividades de esporte, lazer e cultura	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atividades de convivência comunitária	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Acolhimento					
Serviço de Acolhimento Institucional - Abrigo	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Quesito 1 – **SERVIÇO DA REDE SOCIOASSISTENCIAL** – Se no Bloco 4 – Família, item B Quesito 7, foi indicado o equipamento ou serviço da rede Socioassistencial no qual a família do adolescente necessita acessar, o campo virá preenchido automaticamente pelo sistema indicando qual foi o serviço do encaminhamento para ser acompanhado.

Quesito 2 - **UNIDADE ESCOLAR** - Indique uma opção se foi preenchido uma das alternativas de **FREQUENTA ESCOLA** no Bloco 5 - REDE DE ENSINO e/ou tenha sido preenchido o item B no Bloco 9.

Quesito 3 – **CAPS/CAPS AD** – Indique uma opção apenas se foi preenchido SIM no Quesito 2 - SISTEMA DE SAÚDE (Bloco 9).

Quesito 4 – **ATENDIMENTO (MULTIDISCIPLINAR/MULTISSETORIAL)** - Indique uma opção apenas se foi preenchido SIM no Quesito 3 - SISTEMA DE SAÚDE (Bloco 9).

Quesito 5 – **OFICINAS/APRENDIZAGEM** - Indique uma opção apenas se foi preenchido SIM no Quesito 1 – OUTROS/FORMAÇÃO PROFISSIONAL (Bloco 9).

Quesito 6 – **PROGRAMAS/SISTEMA S** - Indique uma opção apenas se foi preenchido SIM no Quesito 2 – OUTROS/FORMAÇÃO PROFISSIONAL (Bloco 9).

Quesito 7 – **INSERÇÃO/MUNDO TRABALHO** - Indique uma opção apenas se foi preenchido SIM no Quesito 3 – OUTROS/FORMAÇÃO PROFISSIONAL (Bloco 9).

Quesito 8 – **OFICINAS/FORMAÇÃO PESSOAL** – Indique uma opção apenas se foi preenchido SIM no Quesito 5 - OUTROS/CIDADANIA (Bloco 9).

Quesito 9 – **PROVIDÊNCIAS/REGULARIZAÇÃO (DOCUMENTOS)** - Indique uma opção apenas se foi preenchido SIM no Quesito 6 – OUTROS/CIDADANIA (Bloco 9).

Quesito 10 – **ATIVIDADES LÚDICAS** - Indique uma opção apenas se foi preenchido SIM no Quesito 7 – OUTROS/CONVIVÊNCIA (Bloco 9).

Quesito 11 – **ATIVIDADES (ESPORTE/LAZER/CULTURA)** - Indique uma opção apenas se foi preenchido SIM no Quesito 8 – OUTROS/CONVIVÊNCIA (Bloco 9).

Quesito 12 – **ATIVIDADES/CONVIVÊNCIA COMUNITÁRIA** - Indique uma opção apenas se foi preenchido SIM no **Quesito 9 – OUTROS/CONVIVÊNCIA (Bloco 9)**.

Quesito 13 – **ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL** - Indique uma opção apenas se foi preenchido SIM no **Quesito 10 – OUTROS/ACOLHIMENTO (Bloco 9)**.

CAMPOS OBRIGATÓRIOS: NENHUM

ITEM B - ATENDIMENTOS

10 - Acompanhamento Mensal - Mês de Referência

	Mensal	Semanal	Quinzenal	Sem periodicidade
Atendimento:	Seleção <input type="text"/> Data: <input type="text"/> +			
	Seleção Individual Adolescente/Jovem com a família Apenas com a família Em grupo de adolescentes/jovens Em grupo com as famílias Em grupo com as famílias e adolescentes/jovens Não comparecimento do adolescente Não comparecimento da família			
				SALVAR

No item **Atendimentos**, pelo menos uma opção deve ser marcada mensalmente no campo de datas.

ITEM C – VISITAS TÉCNICAS

VISITAS:

Visitas: Seleção Data: +

Visitas	Datas
Seleção	
Domiciliar - Adolescente/Família encontrado(s)	
Domiciliar - Adolescente/Família não encontrado(s)	
Sistema de saúde	
Unidades de cultura e esporte	
Ambiente profissional	
Entidade socioassistencial	
CRAS	
CREAS	
Acolhimento institucional	
Rede de ensino	
Ministério Público	
Juizado	
Defensoria Pública / Advogado	
Conselho Tutelar	
Visita não realizada	

No item **Visita (acima)**, pelo menos uma opção deve ser marcada mensalmente no campo de datas.

VISITAS:

Visitas: Visita não realizada Justifique Data: +

Visitas	Justificativa	Datas
Visita não realizada	Cancelamento de visita	10/05/2011

Ainda, se a opção marcada no COMBO do item Visita for “visita não realizada”, registre a **justificativa** ou **motivo** no campo descritivo.

CAMPOS OBRIGATÓRIOS: NOS ITENS ANTERIORES (ATENDIMENTOS/VISITA TÉCNICA) pelo menos um campo de data deve ser preenchido.

ITEM D - RELATÓRIOS

RELATÓRIOS:

Data de encaminhamento do último relatório ao judiciário: Aguardando conclusão da MSE: SELECCIONE

SELECCIONE
SIM
NÃO

Quesito 1 – **DATA/ENCAMINHAMENTO (ÚLTIMO RELATÓRIO)** - Registre a data de encaminhamento do último relatório ao judiciário. Não tendo ainda enviado o Relatório, deixe o campo em branco.

Quesito 2 – **AGUARDANDO CONCLUSÃO (MSE)** - Registre a opção desejada no caso de no item anterior a opção ter sido “SIM”.

Foi solicitado reavaliação da MSE? Motivo

SELECIONE
Manutenção
Prorrogação
Substituição
Suspensão
Extinção

Quesitos 3 e 4 – **PEDIDO DE REAVALIAÇÃO** - Assinale a opção desejada e no caso de a opção ter sido “SIM”, indique qual foi o tipo do pedido. (Campo **OBRIGATÓRIO**).

Quem pediu?

SELECIONE
Adolescente
Família
Diretor do Serviço
Defensoria Pública
Ministério Público

Quesito 5 – **QUEM PEDIU** – Assinale a opção desejada no caso de a opção ter sido “SIM” no Quesito 3.

Nº de audiências (oitivas) acompanhadas pelo técnico:

SALVAR ALTERAÇÕES

Quesito 6 – **Nº/AUDIÊNCIAS** - Registre o número das audiências, no mês atual, em que o técnico esteve presente.

11 – DESLIGAMENTO - É o bloco destinado ao preenchimento das informações apenas quando o adolescente cadastrado for desligado e/ou quando for o caso, suspenso da medida socioeducativa.

Veja abaixo como se apresenta a tela no caso de a opção ser de suspensão:

11 - Suspensão/Desligamento

Suspensão Desligamento

Motivos: Data: +

Selecione
Intimação Sanção
O Programa de Proteção a Crianças e Adolescentes Ameaçados de Morte - PPCAAM
Transferência para Programa de Saúde Mental
Outro

Quesito 1 – **SUSPENSÃO** – No caso de ter sido marcado o ícone “Suspensão” assinale opção desejada indicando qual foi o motivo que ocorreu a suspensão e a seguir, registre a data de quando o adolescente foi suspenso do cumprimento da medida. Esta ação não admite múltipla marcação.

Veja abaixo como se apresenta a tela no caso de a opção ser de desligamento:

Suspensão Desligamento

Qual medida? Qual o nº do processo?

Selecione
PSC
LA
PSC/LA

Quesito 2 – **DESLIGAMENTO** – No caso de ter sido marcado o ícone “Desligamento” continue o preenchimento.

Quesito 3 – **QUAL MEDIDA** – Indique qual a Medida Socioeducativa o Adolescente está sendo desligado.

Quesito 4 – **Nº DO PROCESSO** – O número do Processo referente a Medida Socioeducativa indicada no Quesito 3 será preenchida automaticamente pelo sistema, de acordo com o que foi registrado no **Bloco 8**, itens **A, B** e/ou **D**. No entanto, será permitido que esse campo seja editado ou alterado.

Quesito 5 – **MOTIVO** - Assinale a opção desejada indicando qual o motivo do desligamento. Esta ação não admite múltipla marcação. O Campo a seguir, data do desligamento, será preenchido automaticamente pelo sistema a partir do que foi registrado no **Quesito 8** dos itens **A, B** ou **C** do **Bloco 8**. Caso a data registrada não corresponda com a realidade, registre a data correta em que a Medida Socioeducativa foi considerada cumprida. Esse Quesito permite alteração para livre preenchimento.

ATENÇÃO: no bloco anterior, os quesitos serão marcados apenas quando for o caso. Nenhum COMBO admite múltipla marcação. Não existe comando para “**SALVAR**”, o salvamento é automático.

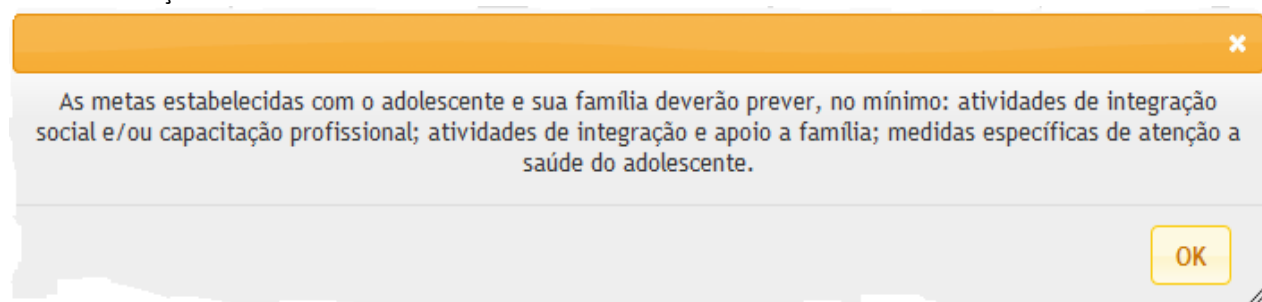
CAMPOS OBRIGATÓRIOS: NENHUM.

3 – PIA

12 - OBJETIVOS DECLARADOS - É o bloco destinado a Construção do Plano Individual de Atendimento – PIA instrumento previsto na Lei do SINASE (Lei nº 12.594, de 18 de janeiro de 2012) em seu capítulo IV.

O PIA é um instrumento metodológico que engloba um conjunto de propostas de intervenção articuladas entre si, a partir de um planejamento de atividades e metas que devem retratar a dinâmica do atendimento socioeducativo que será realizado.

Ao acessar o **Bloco 12** para preenchimento das informações, o sistema apresenta inicialmente a mensagem de orientação:



A elaboração do PIA é de responsabilidade da equipe técnica que acompanha a medida socioeducativa, mas construído em conjunto a partir da escuta do adolescente, do seu grupo familiar e das informações contidas nos relatórios.

A avaliação interdisciplinar perpassa pelos objetivos da MSE, responsabilidades e corresponsabilidades de cada ator envolvido. Para que a equipe elabore um plano consistente e possível de ser realizado precisa mergulhar na vida do adolescente, de seus familiares, da instituição e do território onde ele vive ou convive. E ainda, estabelecer correlação com as equipes técnicas de todos os órgãos públicos, programas e entidades que lhes presta atendimento e/ou orientação.

A seguir, temos as telas que se apresentam nesse Bloco:

12 - Objetivos Declarados**AValiaÇÃO INTERDISCIPLINAR**

Nome do Orientador de Medidas:

Avaliação Interdisciplinar:

Equipe Técnica Responsável:

Socioassistencial - Técnico:

Psicológica - Técnico:

Pedagógica - Técnico:

Jurídico - Técnico:

Quesito 1 – **NOME DO ORIENTADOR DE MEDIDAS** - Indique o nome completo do técnico responsável pelo acompanhamento do adolescente que está cumprindo a medida. Na impressão do PIA o campo para a assinatura virá imediatamente após o nome indicado. (**Campo OBRIGATÓRIO**).

Quesito 2 – **AValiaÇÃO INTERDISCIPLINAR** - a equipe interdisciplinar deve apresentar uma avaliação do adolescente. Tudo o que for inserido no bloco é parte integrante da avaliação que será impressa. Não havendo nenhuma inclusão, o campo ficará em branco. (**Campo OBRIGATÓRIO**).

Quesito 3 – **EQUIPE TÉCNICA/SOCIOASSISTENCIAL** - Indique o nome completo do técnico responsável pelo acompanhamento Socioassistencial do adolescente.

Quesito 4 – **EQUIPE TÉCNICA/PSICÓLOGO**: Indique o nome completo do técnico responsável pelo acompanhamento psicológico do adolescente.

Quesito 5 – **EQUIPE TÉCNICA/PEDAGOGO**: Indique o nome completo do técnico responsável pelo acompanhamento pedagógico do adolescente.

Quesito 6 – **EQUIPE TÉCNICA/ADVOGADO**: Indique o nome completo do técnico responsável pelo acompanhamento jurídico do adolescente.

ATENÇÃO: Todos os técnicos participantes da Avaliação Interdisciplinar devem ter o seu nome completo incluído nos Quesitos 3, 4, 5 e 6. Na impressão do PIA o campo para a assinatura virá imediatamente após o nome indicado. Por isto, a existência do Técnico da área torna o preenchimento do campo obrigatório. (**CAMPO OBRIGATÓRIO**).

O adolescente deve estabelecer um diálogo com a equipe multidisciplinar, com seus pais e/ou responsáveis, a sua opinião sobre o propósito da Medida e firmar um compromisso com o grupo quanto ao objetivo que deseja alcançar. As ações pactuadas, as metas estabelecidas e as responsabilidades de cada um devem ser inseridas nos campos abaixo:

OBJETIVOS DECLARADOS**ADOLESCENTE**

Responsabilidades:

Quesito 7 – **RESPONSABILIDADES DO ADOLESCENTE** - Descreva as ações propostas e pactuadas com o adolescente para o cumprimento das medidas.

A família deverá ser envolvida e motivada, permanentemente, na construção, cumprimento das ações pactuadas no PIA e nas atividades dele decorrentes.

FAMÍLIA E/OU RESPONSÁVEIS

Responsabilidades:

Quesito 8 – **RESPONSABILIDADES DA FAMÍLIA E/OU RESPONSÁVEIS** - Descreva as ações propostas e pactuadas pela família do adolescente.

A equipe multidisciplinar deve pensar em estratégias que tornem possível a efetivação dos objetivos, das ações pactuadas com o adolescente e responsabilidades dos atores envolvidos no processo socioeducativo.

PROGRAMA DE ATENDIMENTO

Responsabilidades:

Quesito 9 – **RESPONSABILIDADES DO PROGRAMA DE ATENDIMENTO** - Descreva as ações propostas pelo Programa e/ou Unidade Executora da Medida para que seja possível a efetivação das ações pactuadas com o adolescente no cumprimento da medida e responsabilidades dos demais atores envolvidos no processo socioeducativo.

METAS ESTABELECIDAS:

Quesito 10 – **METAS ESTABELECIDAS** - Registre as metas estabelecidas com o adolescente, sua família demais atores envolvidos para o desenvolvimento do PIA durante o cumprimento da medida.

ATENÇÃO: Na impressão do PIA o campo para a assinatura do Adolescente, Pais e/ou Responsáveis será inserido automaticamente pelo sistema conforme o que foi inserido no Instrumental, **Bloco 1 – Identificação**. A assinatura virá imediatamente após o nome indicado.

CAPÍTULO III

Anexo I - Principais Combos

1- **Municípios:** relação de nomes dos municípios, de todo o país, que constam da base do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

2- **UF:** relação das Unidades Federativas do Brasil:

AC	AL	AM	AP	BA	CE
DF	ES	GO	MA	MG	MS
MT	PA	PB	PE	PI	PR
RJ	RN	RO	RR	RS	SC
SE	SP	TO			

3- **Delegacias Regionais de Assistência e Desenvolvimento Social – Drads**

Drads: Alta Noroeste/Araçatuba
 Drads: Alta Paulista/Dracena
 Drads: Alta Sorocabana/Presidente Prudente
 Drads: Araraquara
 Drads: Avaré
 Drads: Baixada Santista/Santos
 Drads: Barretos
 Drads: Bauru
 Drads: Botucatu
 Drads: Campinas
 Drads: Capital/São Paulo
 Drads: Fernandópolis
 Drads: Franca
 Drads: Grande São Paulo ABC/Santo André
 Drads: Grande São Paulo Leste/Mogi das Cruzes
 Drads: Grande Norte São Paulo/Guarulhos
 Drads: Grande São Paulo Oeste/Osasco
 Drads: Itapeva
 Drads: Marília
 Drads: Mogiana/São João da Boa Vista
 Drads: Piracicaba
 Drads: Ribeirão Preto
 Drads: São José do Rio Preto
 Drads: Sorocaba
 Drads: Vale do Paraíba/São José dos Campos
 Drads: Vale do Ribeira/Registro

4- **Parentesco:**

CÔNJUGE OU COMPANHEIRO;	AVÔ (A), BISAVÔ (A), CUNHADO (A) SOBRINHO (A);
FILHO (A); FILHO (A) ADOTIVO OU DE CRIAÇÃO;	PRIMO (A);
ENTEADO (A);	TIO (A);
PAI;	MADRASTA;
MÃE;	PADRASTO;
IRMÃO (Ã);	OUTRO PARENTE;
SOGRO (A);	NÃO PARENTE;

5- Logradouro:

ACAMPAMENTO	ACESSO	ALAMEDA	AVENIDA	BALNEARIO
BECO	CAMINHO	CHACARA	COLONIA	COMUNIDADE
EIXO INDUSTRIAL	ESPLANADA	ESTRADA	ESTRADA MUNICIPAL	ESTRADA VICINAL
FAVELA	FAZENDA	LADEIRA	LAGO	PASSAGEM
PRAÇA	PRAIA	RODOVIA	RUA	SERVIDAO
SITIO	TRAVESSA	TREVO	VIA	VIELA
OUTRO				

6- Escolaridade:

1. Creche;
2. Pré-escola (exceto CA);
3. Classe de alfabetização – CA;
4. Sem alfabetização;
5. Ensino Fundamental completo (duração de 8 anos);
6. Ensino Fundamental incompleto (duração de 8 anos);
7. Ensino Fundamental completo (duração de 9 anos);
8. Ensino Fundamental incompleto (duração de 9 anos);
9. Ensino Fundamental Especial;
10. Ensino Médio completo;
11. Ensino Médio incompleto;
12. Ensino Médio Especial;
13. Ensino Fundamental EJA séries iniciais (supletivo de 1ª a 4ª série);
14. Ensino Fundamental EJA séries finais (supletivo de 5ª a 8ª série);
15. Ensino Médio EJA (Supletivo);
16. Alfabetização para adultos;
17. Superior, aperfeiçoamento, especialização, mestrado, doutorado.

7- Serviços da Rede Socioassistencial:

- Serviços de Proteção Social Básica:
 1. Serviços de Proteção E Atendimento Integral à Família – PAIF;
 2. Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos;
 3. Serviço de Proteção Social Básica no domicílio para pessoas com deficiência e idosas.
- Serviços de Proteção Social Especial de Média Complexidade:
 1. Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Família – PAEFI;
 2. Serviço Especializado em Abordagem Social;
 3. Serviço de Proteção Social Especial para pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias;
 4. Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua.
- Serviços de Proteção Social Especial de Alta Complexidade:
 1. Serviço de Acolhimento Institucional
 - 1.1 - Abrigo Institucional;
 - 1.2 - Casa-Lar;
 - 1.3 - Casas de Passagem;
 - 1.4 - Residência Inclusiva.
 2. Serviço de Acolhimento em Família Acolhedora
- Outros
- Não acessa

8 - **Nomes das escolas** - registra o nome das escolas do Brasil que se encontram cadastradas na base de dados do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP).

9 - **Código do INEP** – o número do registro das escolas que estão cadastradas na base de dados do INEP.

10 - **Motivo que levou a medida:**

Cod.	INFRAÇÃO	INCLUSÃO DE FRAÇÕES
1	Aborto	Aborto
		Aborto provocado por terceiros
		Tentativa de aborto
2	Ameaça	Ameaça
3	Apropriação Indébita	Apropriação Indébita
4	Atentado Violento ao Pudor	Atentado Violento ao Pudor
5	Ato Obsceno	Ato Obsceno em lugar público
		Atos Libidinosos
6	Calúnia, Difamação, injúria	Calúnia
		Difamação
		Injúria
7	Dano	Dano
		Dano qualificado
		Depredação
		Pichação
		Vandalismo
		Desordem
		Provocar tumultos
		Tentativa de Arrombamento
Arrombamento		
8	Desacato	Desacato
9	Descumprimento de medida judicial	Descumprimento de medida judicial
10	Dirigir sem habilitação	Dirigir sem habilitação
11	Estelionato e outras fraudes	Estelionato
		Estelionato qualificado
		Tentativa de estelionato
12	Estupro	Estupro
		Tentativa de estupro
13	Extorsão	Extorsão
		Extorsão mediante sequestro
14	Falsidade Ideológica	Falsidade Ideológica
15	Formação de Bando ou quadrilha	Formação de Bando ou quadrilha
16	Furto	Furto
17	Homicídio	Homicídio Doloso
		Homicídio Culposos
		Homicídio qualificado
18	Infanticídio	Infanticídio
19	Latrocínio	Latrocínio
		Tentativa de Latrocínio
20	Lesão Corporal	Agressão
		Lesão Corporal
		Lesão Corporal de Natureza Grave
		Lesão Corporal Culposa
		Lesão Corporal Dolosa
		Tentativa de Agressão
Lesão Corporal seguida de morte		

Continua

Continuação

21	Porte de Arma	Porte de arma Disparo de arma de fogo
22	Porte ou uso de drogas	Porte de drogas Uso de drogas
23	Receptação	Receptação
24	Rixa	Rixa
25	Roubo Qualificado	Assalto qualificado Roubo qualificado
26	Roubo Simples	Assalto Roubo Tentativa de Assalto Tentativa de Roubo
27	Sequestro ou Cárcere Privado	Sequestro Tentativa de sequestro Rapto Rapto consensual
28	Tráfico de Drogas	Tráfico de Drogas
29	Vias de fato	Vias de Fato
30	Violação de domicílio	Violação de domicílio
31	Uso de documento falso	Uso de documento falso
31	Outros	

11 - Ano ou série:

PRIMEIRO (A);		TERCEIRO (A);	QUINTO (A);	SÉTIMO (A);	NONO (A);
SEGUNDO (A);		QUARTO (A);	SEXTO (A);	OITAVO (A);	CURSO NÃO SERIADO

12- Formação Profissional - Sistema S:

SESI	SENAC	SENART	SESC	SENAI
------	-------	--------	------	-------

13- Motivos para a Suspensão:

1. Internação Sanção;
2. O Programa de Proteção a Crianças e Adolescentes Ameaçados de Morte – PPCAAM;
3. Transferência para Programa de Saúde Mental;
4. Outro.

14- Motivos para o Desligamento:

Cumprimento da medida conforme prazo estabelecido;
 Detenção;
 Doença grave;
 Internação;
 Limite de Idade (18 anos);
 Limite de Idade (21 anos);
 Óbito;
 Pena privativa de liberdade;
 Semiliberdade;
 Transferência para outra Unidade de Atendimento;
 Transferência Unidade de Atendimento em outro Estado – Precatória;
 Outro.

15- Descrição dos documentos encontrados na aba “Arquivos”:

- 1- Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, Lei 8069 atualizada;
- 2- Modelo da nova certidão de nascimento;
- 3- Formulário para o acompanhamento individual das medidas socioeducativas;

- 4- PIA – Objetivos declarados - Modelo apresentado no Bloco 12;
- 5- Plano Nacional de Atendimento Socioeducativo;
- 6- Lei 12594 – SINASE.

16- Distritos de São Paulo – Capital

SAS		DISTRITOS
1	ITAIM PAULISTA	ITAIM PAULISTA
		VILA CURUÇA
2	SÃO MIGUEL PAULISTA	SÃO MIGUEL
		JARDIM HELENA
		VILA JACUI
3	GUAIANASES	GUAIANASES
		LAJEADO
4	SÃO MATEUS	SÃO MATEUS
		SÃO RAFAEL
		IGUATEMI
5	ITAQUERA	ITAQUERA
		CIDADE LIDER
		JOSE BONIFACIO
		PQ DO CARMO
6	ERMELINO MATARAZO	ERMELINO MATARAZO
		PONTE RASA
7	CIDADE TIRADENTES	CIDADE TIRADENTES
8	IPIRANGA	IPIRANGA
		CURSINO
		SACOMÃ
9	VILA MARIANA	VILA MARIANA
		MOEMA
		SAUDE
10	JABAQUARA	JABAQUARA
11	CAMPO LIMPO	CAMPO LIMPO
		CAPÃO REDONDO
		VILA ANDRADE
12	CIDADE ADEMAR	CIDADE ADEMAR
		PEDREIRA
13	M'BOI MIRIM	JARDIM ANGELA
		JARDIM SÃO LUIS
14	PARELHEIROS	PARELHEIROS
		MARSILAC
15	CAPELA DO SOCORRO	CIDADE DUTRA
		GRAJAÚ
		SOCORRO
16	SANTO AMARO	SANTO AMARO
		CAMPO GRANDE
		CAMPO BELO
17	SANTANA	SANTANA
		MANDAQUI
		TUCURUVI
18	PIRITUBA	PIRITUBA
		JARAGUÁ
		SÃO DOMINGOS
19	VILA MARIA/VILA GUILHERME	VILA MARIA
		VILA GUILHERME
		VILA MEDEIROS
20	JAÇANÃ/TREMembÉ	JAÇANA
		TREMembÉ

SAS		DISTRITOS
21	CASA VERDE	CASA VERDE
		CACHOEIRINHA
		LIMÃO
22	PERUS	PERUS
		ANHANGUERA
23	FREGUESIA DO Ó	FREGUESIA DO Ó
		BRASILANDIA
24	LAPA	LAPA
		BARRA FUNDA
		JAGUARA
		JAGUARÉ
		PERDIZES
25	BUTANTÃ	V. LEOPOLDINA
		BUTANTA
		RAPOSO TAVARES
		RIO PEQUEN O
		MORUMBI
		VILA SONIA
26	PINHEIROS	PINHEIROS
		ALTO DE PINHEIROS
		ITAIM BIBI
27	SÉ	JD PAULISTA
		BELA VISTA
		BOM RETIRO
		CAMBUCI
28	PENHA	CONSOLAÇÃO
		LIBERDADE
		REPUBLICA
		STA. CECILIA
		SE
		PENHA
29	ARICANDUVA	ARTUR ALVIM
		CANGAIBA
		VILA MATILDE
30	VILA PRUDENTE	ARICANDUVA
		CARRÃO
		VILA FORMOSA
31	MOOCA	VILA PRUDENTE
		SÃO LUCAS
		SAPOEMBA
		MOOCA
		PARI
		TATUAPE
31	MOOCA	AGUA RASA
		BELEM
		BRAS

Anexo II –

Principais Programas Sociais – Transferência de Renda

I - Programas Estaduais:

1- Ação Jovem - Programa de transferência de renda com objetivo de estimular a conclusão da educação básica e preparar o jovem para o mercado de trabalho.

Objetivo: O Programa Ação Jovem objetiva promover a inclusão social de jovens, mediante a transferência de renda como apoio financeiro temporário para estimular a conclusão da escolaridade básica e a oferta de atividades complementares, com foco na preparação para o mercado de trabalho.

Valor do benefício: R\$ 80,00 por mês.

Público alvo: Jovens estudantes na faixa etária de 15 a 24 anos, de ambos os sexos, com ensino fundamental e/ou médio incompleto e que se encontra em situação de vulnerabilidade social (com renda familiar de até meio salário mínimo por pessoa).

Qual o tempo de permanência do jovem no programa? O período de permanência é de 12 meses, podendo ser prorrogado por iguais períodos, sendo o máximo de 36 meses, desde que o jovem continue atendendo aos critérios de elegibilidade do programa. Por descumprimento de condicionalidade, o jovem poderá ser desligado a qualquer tempo.

Como se inscrever? Atendidos os critérios acima, o jovem precisa procurar o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) mais próximo ou a prefeitura local para solicitar o seu cadastramento.

2- Renda Cidadã - Programa estadual de transferência de renda associado a ações complementares, com objetivo de promover o desenvolvimento e a autonomia das famílias beneficiadas.

Público alvo: Prioritariamente, atender famílias com renda mensal per capita de até 1/4 do salário mínimo, até o limite de meio salário mínimo.

Qual é o valor do benefício? R\$ 80,00 (oitenta reais) / mês por família.

Qual é o período de permanência no Programa? O período de permanência no Renda Cidadã é de 36 meses, mediante avaliação anual do gestor municipal, que a cada período de 12 meses verificará as condições e critérios para permanência da família no programa.

Critérios de seleção:

1. Família com o Índice de Vulnerabilidade Social Familiar (IVSF) mais alto;
2. Família com a menor renda per capita;
3. Família chefiada por mulher;
4. Maior número de crianças e adolescentes com idade inferior a 18 (dezoito) anos;
5. Membro da família cumprindo medida socioeducativa;
6. Família que tenha portador de deficiência e/ ou pessoa incapacitada para a vida independente e para o trabalho, ou ainda idoso com mais de 60 (sessenta) anos;
7. Família que tenha egresso do sistema penitenciário ou em situação de privação de liberdade.

3- Programa Família Paulista - O Programa Família Paulista será estruturado em quatro eixos principais:

1. A primeira etapa do programa é a realização da "Busca Ativa", que localiza as famílias em situação de extrema pobreza e aplica questionário elaborado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD).
2. Tendo como base os questionários preenchidos durante a "Busca Ativa", os dados serão compilados e tabelados, resultando assim no "Retrato Social", que servirá com um diagnóstico das condições de vida da população. Nele serão verificadas as privações da comunidade local em suas várias dimensões: saúde, educação e padrão de vida.
3. Para receber o benefício, as famílias deverão assinar a "Agenda da Família Paulista", firmando compromisso juntamente com a Prefeitura na busca de superar suas mais graves privações sociais.
4. O benefício será transferido por meio do cartão único, somando recursos dos programas Renda Cidadã (Governo Estadual) e Bolsa Família (Governo Federal).

Como se inscrever? Atendidos os critérios acima, a família precisa procurar o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) mais próximo ou a prefeitura local para solicitar o seu cadastramento.

O que é: Programa estadual de superação da Extrema Pobreza que visa garantir a mobilidade social a todos os paulistas que se encontram em situação de miséria.

Público-alvo: População em elevado grau de vulnerabilidade social, cujos rendimentos sejam até R\$ 70,00 por pessoa.

4 - Vivaleite - O Vivaleite é um projeto social de distribuição gratuita de leite fluido, pasteurizado, com teor de gordura mínimo de 3%, enriquecido com ferro e Vitaminas A e D. Em janeiro de 2011, a sua gestão foi transferida da Secretaria de Agricultura para a Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social.

Objetivo: Oferecer um complemento alimentar seguro e de alto valor nutritivo às pessoas de baixa renda, além de gerar de forma indireta, novos empregos no campo.

Auxílio: De 15 litros de leite por mês/beneficiário inscrito.

CAPITAL E GRANDE SP – Quem pode se beneficiar: Crianças de 6 meses a 6 anos e 11 meses de idade e idosos com idade acima de 60 anos, pertencentes a famílias com renda mensal de até dois salários mínimos.

Quais são os documentos necessários?

Cadastro de criança:

- Certidão de nascimento da criança;
- Documento de identificação (RG) da mãe ou detentora da tutela;
- Carteira de vacinação da criança;
- Comprovante de residência (ex: conta de água, luz, telefone);
- Comprovante de rendimentos (holerite).

Cadastro de idoso:

- Documento de identificação (RG) e do responsável legal (caso dependente);
- Comprovante de residência (ex: conta de água, luz, telefone);
- Comprovações de rendimentos (cartão do INSS ou declaração do próprio beneficiário);
- Comprovante de rendimentos do responsável (holerite);
- Carteira de vacinação atualizada;
- Caso portador de doenças crônicas, apresentar atestado médico que comprove tal situação.

Quem tem prioridade no atendimento? Tem prioridade no atendimento crianças de 6 a 23 meses e idosos com mais de 65 anos de idade.

Quem tem preferência no cadastramento? Após verificar o critério de prioridade, terão preferência crianças pertencentes à família em que o chefe de família está desempregado ou se a mãe for arrimo de família. No caso dos idosos, tem preferência àqueles que fazem uso contínuo de medicamentos ou são portadores de doenças crônicas.

Quais são as obrigações do beneficiário da Capital e Grande São Paulo?

- Buscar o leite nos dias e horários combinados.
- Manter a vacinação da criança e idoso em dia.
- Comparecer a palestras informativas sempre que solicitado.
- Manter o cadastro sempre atualizado na entidade.
- Não faltar à entrega do leite por mais de três vezes consecutivas sem justificativa.

Distribuição: Na capital e Grande São Paulo, a distribuição do leite é feita em parceria com entidades assistenciais credenciadas.

INTERIOR – Quem pode se beneficiar? Crianças de 6 meses a 6 anos e 11 meses de idade, pertencentes a famílias com renda mensal de até dois salários mínimos.

Quais são os documentos necessários?

- Identificação do responsável legal da criança (RG).
- Carteira de vacinação da criança.
- Certidão de nascimento da criança.
- Comprovante de renda familiar ou, se necessário, comprovante da condição de desemprego ou de ser mãe arrimo de família.

Quem tem prioridade no atendimento? Têm prioridade no atendimento crianças de 6 a 23 meses de idade.

Quem tem preferência no cadastramento? Após verificar o critério de prioridade, terão preferência crianças pertencentes à família em que o chefe de família está desempregado ou se a mãe for arrimo de família.

Qual a quantidade de leite que cada criança cadastrada pode receber? Cada beneficiário recebe 15 litros de leite por mês, sendo de cada família pode cadastrar no máximo 2 crianças.

Quais são as obrigações do beneficiário do interior de São Paulo? Para continuar a receber o leite enriquecido, a mãe/responsável deve assumir alguns compromissos como:

- Manter a vacinação da criança em dia.
- Buscar o leite na data e horários combinados.
- Comparecer às palestras informativas sempre que forem agendadas.
- Levar a criança beneficiária para pesar e medir a cada quatro meses.
- Assinar a ficha de controle de recebimento do leite.
- Não faltar à entrega do leite por mais de três vezes consecutivas sem justificativa.

Distribuição: No interior paulista, o produto chega até os beneficiários por meio de convênios com as prefeituras.

II - Programas Federais:

1- Bolsa Família

O Programa Bolsa Família (PBF) é um programa de transferência direta de renda que beneficia famílias em situação de pobreza e de extrema pobreza em todo o País. O Programa Bolsa Família integra o Plano Brasil Sem Miséria (BSM), que tem como foco de atuação os brasileiros com renda familiar per capita inferior a R\$ 70 mensais, e está baseado na garantia de renda, inclusão produtiva e no acesso aos serviços públicos.

Os valores dos benefícios pagos pelo PBF variam de acordo com as características de cada família - considerando a renda mensal da família por pessoa, o número de crianças e adolescentes de até 17 anos, de gestantes, nutrízes e de componentes da família.

2- Benefício de Prestação Continuada - BPC

O Benefício de Prestação continuada da Assistência Social - BPC foi instituído pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS, Lei nº 8.742, de 7/12/1993; pelas Leis nº 12.435, de 06/07/2011 e nº 12.470, de 31/08/2011, que alteram dispositivos da LOAS e pelos Decretos nº 6.214, de 26 de setembro de 2007 e nº 6.564, de 12 de setembro de 2008.

O BPC é um benefício da Política de Assistência Social, que integra a Proteção Social Básica no âmbito do Sistema Único de Assistência Social – SUAS e para acessá-lo não é necessário ter contribuído com a Previdência Social. É um benefício **individual, não vitalício e intransferível**, que assegura a transferência mensal de 1 (um) salário mínimo ao idoso, com 65 (sessenta e cinco) anos ou mais, e à pessoa com deficiência, de qualquer idade, com impedimentos de longo prazo, de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas. Em ambos os casos, devem comprovar não possuir meios de garantir o próprio sustento, nem o ter provido por sua família. A renda mensal familiar *per capita* deve ser inferior a $\frac{1}{4}$ (um quarto) do salário mínimo vigente.

Anexo III –

INSTRUMENTAL PARA O ACOMPANHAMENTO INDIVIDUAL DAS MEDIDAS SOCIOEDUCATIVAS

INSTRUMENTAL PARA O ACOMPANHAMENTO INDIVIDUAL DAS MEDIDAS SOCIOEDUCATIVAS	
	MÊS/ANO: ____/____
MUNICÍPIO: COMBO 1	UF: SP
DRADS: COMBO 2	
TIPO DE PROGRAMA/SERVIÇO:	
NOME DO PROGRAMA/SERVIÇO:	

1 – IDENTIFICAÇÃO					
A - DADOS DO (A) ADOLESCENTE					
*Nome Completo:					
Nome Social:					
*Sexo: Fem. <input type="checkbox"/>	Masc. <input type="checkbox"/>	*Data de Nascimento: ____/____/____	Idade: ____	*Estado Civil: Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/>	
*Cor ou Raça	Branca <input type="checkbox"/>	Preta <input type="checkbox"/>	Amarela <input type="checkbox"/>	Parda <input type="checkbox"/>	Indígena <input type="checkbox"/>
*Nome completo do Pai:					
Nome completo da Mãe:					
*Responsável: Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/>					Próprio Adolescente <input type="checkbox"/>
Nome: _____					
Outro <input type="checkbox"/> Parentesco: COMBO 4 Nome: _____					
*UF: COMBO 5 ____			*Município de Nascimento: COMBO 1		
*Filhos: Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>		*Nº de Filhos Masc.: <input type="checkbox"/>	*Nº de Filhos Fem.: <input type="checkbox"/>		
B – DOCUMENTOS DO (A) ADOLESCENTE					
Certidão: Nascimento <input type="checkbox"/>		Casamento <input type="checkbox"/>	Nº Livro:	Nº Folhas:	Nº Termo:
CPF:	Título de Eleitor:		Zona:	Seção:	
Nº RG	Complemento:	Emissão: __/__/__	Órgão/UF - Emissor: __/__/__		
CTPS Nº:	Série:	Data da Emissão: __/__/__			
NIS:	CAM:	RNE:			

*Nota: ao menos um documento é de preenchimento obrigatório.

2 - ENDEREÇO DE RESIDÊNCIA DO(A) ADOLESCENTE			
*Distrito: (preenchimento apenas para o município de São Paulo) COMBO 26			
*Localidade (bairro, Vila, etc.): COMBO 7			
*Logradouro - Tipo (rua, avenida, etc) _____ e Nome: COMBO 6			
Número:	Complemento do nº:	Complemento Adicional:	
*CEP.:	Ponto de referência:		
Contato: Adolescente <input type="checkbox"/>	Telefone:	Celular:	e-mail:
Contato: Responsável <input type="checkbox"/>	Telefone:	Celular:	e-mail:

*Nota: caso o campo "Número" não seja preenchido, o campo "Complemento Adicional" se tornará de preenchimento obrigatório.

3 - SITUAÇÃO HABITACIONAL						
*Tipo:	Casa <input type="checkbox"/>	Barraco <input type="checkbox"/>	Cortiço <input type="checkbox"/>	Pensão <input type="checkbox"/>	Apartamento <input type="checkbox"/>	Serviço de Acolhimento Institucional: <input type="checkbox"/>

*Situação do Domicílio:	Próprio <input type="checkbox"/>	Cedido <input type="checkbox"/>	Ocupado <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Financiador Valor da Prestação R\$ _____	<input type="checkbox"/> Alugado Valor do aluguel R\$ _____	
*Acesso aos Serviços públicos:	Água <input type="checkbox"/>	Esgoto <input type="checkbox"/>	Luz elétrica <input type="checkbox"/>	Pavimentação <input type="checkbox"/>	Coleta de lixo <input type="checkbox"/>	Nenhum <input type="checkbox"/>
*Quantidade de cômodos no domicílio: _____		*Quantas pessoas moram no domicílio: _____				

*Nota: se em "Tipo", for marcado "Entidade de Acolhimento Institucional", então os demais campos deste bloco não deverão ser preenchidos.

4 - FAMÍLIA					
A- COMPOSIÇÃO FAMILIAR (Considerar apenas os residentes no mesmo domicílio. O 1º componente deve obrigatoriamente ser o RF).					
<input type="checkbox"/> O adolescente é o próprio responsável familiar COMBO 8					
*Nome Completo	*Parentesco	*Idade	*Sexo	*Escolaridade	*Ocupação
1-					
2-					
3-					
4-					
5-					
6-					
B – INFORMAÇÕES SOBRE A FAMÍLIA					
*Algum membro da Família está incluído em um dos Programas a seguir?					
Transferência de Renda Municipal <input type="checkbox"/>		Ação Jovem <input type="checkbox"/>		Renda Cidadã <input type="checkbox"/>	
Bolsa Família <input type="checkbox"/>		Pró-jovem <input type="checkbox"/>		PETI <input type="checkbox"/>	
Recebe benefícios		Outras fontes de Renda da Família:		Auxílio Reclusão <input type="checkbox"/>	
Viva Leite <input type="checkbox"/>		Aluguel de Imóvel <input type="checkbox"/>		Auxílio Maternidade <input type="checkbox"/>	
BPC <input type="checkbox"/>		Seguro Desemprego <input type="checkbox"/>		Pensão <input type="checkbox"/>	
*Total da Renda Familiar R\$ _____			Renda Familiar Per capita: R\$ _____		
*Quais serviços da rede Socioassistencial a família acessa? COMBO 9					
-					
-					

5 - ESCOLARIDADE			
*Sabe ler: COMBO SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		*Sabe escrever: COMBO SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	
*Frequenta escola:	Federal: <input type="checkbox"/>	Estadual <input type="checkbox"/>	Municipal <input type="checkbox"/>
	Particular <input type="checkbox"/>	Não frequenta, mas já frequentou <input type="checkbox"/>	Nunca frequentou <input type="checkbox"/>
*Onde está localizada a escola atual ou a última frequentada: (UF) COMBO 5 Município: COMBO			
*Nome da escola atual ou da última escola frequentada: COMBO 10			
			Código do INEP/MEC: COMBO
*Escolaridade COMBO 12		*Ano/Série COMBO 12	

6 – SAÚDE					
*Possui Cartão do SUS:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	*Frequenta Unidades de Saúde: NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> (Se SIM, assinale as alternativas abaixo)		
	Nº _____	Consulta <input type="checkbox"/>	Farmácia <input type="checkbox"/>	Odontologia <input type="checkbox"/>	Outros <input type="checkbox"/>
*Participa do Programa Saúde da Família:	SIM <input type="checkbox"/>	*Participa de programa de atenção a saúde sexual e reprodutiva:			SIM <input type="checkbox"/>
	NÃO <input type="checkbox"/>				NÃO <input type="checkbox"/>
*Adolescente Grávida: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> (*Se SIM, assinale a alternativa a seguir) - Faz acompanhamento de Pré-natal: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>					
*Tem deficiência:	Cegueira <input type="checkbox"/>	Surdez severa/profunda <input type="checkbox"/>	Deficiência Física <input type="checkbox"/>	Síndrome de Down <input type="checkbox"/>	Nenhuma <input type="checkbox"/>
Baixa visão <input type="checkbox"/>	Surdez leve/moderada <input type="checkbox"/>	Deficiência mental ou intelectual <input type="checkbox"/>	Transtorno/doença mental <input type="checkbox"/>		

*Toma algum tipo de remédio de uso contínuo? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO DECLARADO <input type="checkbox"/> *Se SIM, qual: _____
*Faz uso de substâncias psicoativas? SIM <input type="checkbox"/> Qual: COMBO 14 _____ <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO DECLARADO <input type="checkbox"/>
*Faz tratamento em CAPS? NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> Qual: COMBO 15 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> i <input type="checkbox"/> AD <input type="checkbox"/>
*Faz tratamento em comunidade terapêutica: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
*Necessita avaliação técnica multidisciplinar/multissetorial: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>

7 - TRABALHO

A – SITUAÇÃO ANTES DA MEDIDA (Marcar a última atividade desenvolvida)

Trabalhador com carteira assinada: <input type="checkbox"/>	Trabalhador por conta própria: <input type="checkbox"/>	
Trabalhador sem carteira assinada: <input type="checkbox"/>	Trabalhador em área rural: <input type="checkbox"/>	
Trabalhador não remunerado: <input type="checkbox"/>	Estagiário: <input type="checkbox"/>	Aprendiz: <input type="checkbox"/>
Subemprego/Bico: <input type="checkbox"/>	Desempregado: <input type="checkbox"/>	Não trabalha: <input type="checkbox"/>

B – SITUAÇÃO ATUAL (Marcar a última atividade desenvolvida)

Trabalhador com carteira assinada: <input type="checkbox"/>	Trabalhador por conta própria: <input type="checkbox"/>	
Trabalhador sem carteira assinada: <input type="checkbox"/>	Trabalhador em área rural: <input type="checkbox"/>	
Trabalhador não remunerado: <input type="checkbox"/>	Estagiário: <input type="checkbox"/>	Aprendiz: <input type="checkbox"/>
Subemprego/Bico: <input type="checkbox"/>	Desempregado: <input type="checkbox"/>	Não trabalha: <input type="checkbox"/>

Nota: ao menos um item em cada bloco (A e B) é de preenchimento obrigatório.

8 - SITUAÇÃO PROCESSUAL

*PROCEDÊNCIA	Fundação Casa <input type="checkbox"/>	Judiciário <input type="checkbox"/>	VARA: _____		
*MEDIDA APLICADA	PSC <input type="checkbox"/>	LA <input type="checkbox"/>	Cumulativa PSC/LA <input type="checkbox"/>	Mesmo processo <input type="checkbox"/>	Processos diferentes <input type="checkbox"/>

Nota: se for marcado "PSC/LA", torna-se de preenchimento obrigatório um dos itens "Mesmo processo" / "Processos diferentes".

A - PSC – ART. 117/ECA	*Nº Processo:	*Nº Execução:	Nº Prontuário:
Data da infração ___/___/___	Data da aplicação da medida ___/___/___	Prazo determinado para o cumprimento da MSE: ___/___/___	
___ dias.	___ Horas semanais	Prazo indeterminado para o cumprimento da MSE <input type="checkbox"/>	
*Data da entrada no Programa/Serviço: ___/___/___		*Previsão de Término da Medida: ___/___/___	
*Ato infracional que levou à medida: COMBO 17 _____			
1ª medida: <input type="checkbox"/>	Reincidente: <input type="checkbox"/>	Nº de vezes: ___	

Nota: ao menos um dos itens "1ª medida" / "Reincidente" é de preenchimento obrigatório, e se for marcado "Reincidente", "Nº de vezes" também será campo obrigatório.

B - LA – ART. 118/ECA	*Nº Processo:	*Nº Execução:	Nº Prontuário:
Data da infração ___/___/___	Data da aplicação da medida ___/___/___	Prazo determinado para o cumprimento da MSE: ___/___/___	
___ dias.	___ Horas semanais	Prazo indeterminado para o cumprimento da MSE <input type="checkbox"/>	
*Data da entrada no Programa/Serviço: ___/___/___		*Previsão de Término da Medida: ___/___/___	
*Ato infracional que levou à medida: COMBO 17 _____			
1ª medida: <input type="checkbox"/>	Reincidente: <input type="checkbox"/>	Nº de vezes: ___	

Nota: ao menos um dos itens "1ª medida" / "Reincidente" é de preenchimento obrigatório, e se for marcado "Reincidente", "Nº de vezes" também será campo obrigatório.

C – PLANO INDIVIDUAL DE ATENDIMENTO – PIA

Prazo máximo para elaboração do PIA ___/___/___	*Data final de encaminhamento do PIA ___/___/___
*Houve impugnação ou pedido de complementação do PIA? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	Se Sim, Quem solicitou? Defensor <input type="checkbox"/> Promotor <input type="checkbox"/>
Data da homologação do PIA ___/___/___	

D – NOVA/OUTRA MEDIDA DURANTE A EXECUÇÃO

*Ocorreu nova medida durante a execução? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> (Se SIM, prossiga o preenchimento)				
VARA: _____	Medida aplicada? _____	Nº Processo: _____	Nº Execução: _____	Data da infração ___/___/___
Data da aplicação da medida ___/___/___	Prazo determinado para a MSE: COMBO 16 ___/___/___ meses ___ dias. ___ Horas semanais			

<input type="checkbox"/> Prazo indeterminado para o cumprimento da MSE	Data da Entrada ___/___/___	Previsão de término medida ___/___/___
Motivo que levou à medida: COMBO 17 _____		Reincidências: <input type="checkbox"/> Nº de vezes: ___

ATUALIZAÇÃO DO PLANO INDIVIDUAL DE ATENDIMENTO – PIA

Prazo máximo para elaboração do PIA ___/___/___	*Data final de encaminhamento do PIA ___/___/___
*Houve impugnação ou pedido de complementação do PIA? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	Se Sim, Quem solicitou? Defensor <input type="checkbox"/> Promotor <input type="checkbox"/>
Data da homologação do PIA ___/___/___	

9 - ENCAMINHAMENTOS NO MÊS DE REFERÊNCIA

Nesse mês não houve encaminhamentos

A – ASSISTÊNCIA SOCIAL

Programa de Transferência de Renda (Informe local/equipamento responsável pelo atendimento)	<input type="checkbox"/> CRAS	Nome: _____
	<input type="checkbox"/> Órgão Gestor	Nome: _____
	<input type="checkbox"/> Outro	Nome: _____
	<input type="checkbox"/> Nenhum	
Rede Socioassistencial COMBO 18 (Indique o equipamento ou serviço da rede socioassistencial no qual a família do adolescente necessita acessar)	Serviço da rede Socioassistencial que necessita acessar:	

B - REDE DE ENSINO

Onde está localizada a Escola para a qual será encaminhado: UF ___ Município: _____		
Nome da Escola: _____		Cod.: INEP: _____
Curso: _____	Ano/Série: _____	
Onde está localizada a Escola para a qual será encaminhado: UF ___ Município: _____		
Nome da Escola: _____		Cod.: INEP: _____
Curso: _____	Ano/Série: _____	
<i>Lembrete: "Se o adolescente tiver entre 12 e 15 anos, é obrigatória a matrícula na escola, acompanhamento da frequência e das notas pelo orientador técnico".</i>		

C - SISTEMA DE SAÚDE

*Unidade Básica de Saúde: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Não há oferta desse serviço <input type="checkbox"/>
COMBO 15* CAPS 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> i <input type="checkbox"/> AD <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Não há oferta desse serviço <input type="checkbox"/>
<i>Caso seja marcada uma das opções de CAPS, então o "Orientador Técnico deve acompanhar este adolescente e sua família de forma regular, para não interromper o tratamento"!</i>
*Atendimento Multidisciplinar e multissetorial: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Não há oferta desse serviço <input type="checkbox"/>
*(Para adolescente grávida) - Pré Natal: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Não há oferta desse serviço <input type="checkbox"/>
*Outros serviços de saúde: SIM <input type="checkbox"/> (Se SIM, indique o nome) _____ NÃO <input type="checkbox"/> Não há oferta desse serviço <input type="checkbox"/>

D – OUTROS

Formação profissional	*Oficinas de aprendizagem para a formação profissional	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Não há oferta desse serviço <input type="checkbox"/>
	*Programas de Aprendizagem Sistema S (SESI, SESC, SENAC, SENAI, SENART). COMBO 19	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Não há oferta desse serviço <input type="checkbox"/>
	Outro:	
	*Serviço de Inserção no mercado de trabalho	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
	Local: _____	
Habitação	*Programas da Política de Habitação	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Não há oferta desse serviço <input type="checkbox"/>
Cidadania	*Oficinas de formação pessoal	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Não há oferta desse serviço <input type="checkbox"/>

	*Providências e/ou regularização de documentos	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	
Convivência	*Atividades Lúdicas	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Não há oferta desse serviço <input type="checkbox"/>
	*Atividades de esporte, lazer e Cultura	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Não há oferta desse serviço <input type="checkbox"/>
	*Atividades de convivência comunitária	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Não há oferta desse serviço <input type="checkbox"/>
Acolhimento	*Serviço de Acolhimento Institucional - Abrigo	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Não há oferta desse serviço <input type="checkbox"/>
	Nome:			
<i>Todos os encaminhamentos marcados nesse Bloco, vão constar no Bloco 10 - ACOMPANHAMENTOS</i>				

10 – ACOMPANHAMENTOS NO MÊS					
ACOMPANHAMENTO DOS ENCAMINHAMENTOS					
1- Serviço Socioassistencial	Mensal	Semanal	Quinzenal	Sem periodicidade	Vaga Negada
1.1 – Serviços de Proteção Social					
2- Rede de Ensino					
2.1 – Escola					
Nome:					
3- Sistema de Saúde					
3.1 – Unidades de Saúde					
3.2 – Outros serviços de saúde					
3.3 – CAPS - CAPS AD e/ou CAPS i					
3.4 – Pré-natal					
3.5 – Atendimento multidisciplinar e multissetorial					
4- Formação Profissional					
4.1 - Oficinas de aprendizagem					
4.2 - Programas do Sistema S e/ou similar (Lei 10.097/00)					
4.3 – Inserção no Mercado de Trabalho					
OUTROS					
5- Habitação	Mensal	Semanal	Quinzenal	Sem periodicidade	Vaga Negada
5.1 – Programas da política de Habitação					
6- Cidadania					
6.1 – Oficinas de Formação Pessoal					
6.2 – Providências e/ou regularização de documentos					
7- Convivência					
7.1 – Atividades Lúdicas					
7.2 – Atividades de Esporte, Lazer e cultura					
7.3 – Atividades de Convivência comunitária					
8- Acolhimento					
8.1 – Acolhimento Institucional – Abrigo					

Nota: A periodicidade de todos os itens em que houve encaminhamento é de preenchimento obrigatório.

ATENDIMENTOS COMBO 20	Datas				
Individual COMBO 20	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__
Adolescente/Jovem com a família	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__
Apenas com a família	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__

Em grupo de adolescentes/jovens	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__
Em grupo com as Famílias	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__
Em grupo com as famílias e adolescentes/jovens	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__
Não comparecimento do adolescente	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__
Não comparecimento da família	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__

VISITA 1 COMBO 21	Datas				
Domiciliar – Adolescente/Família encontrado(s) COMBO 21	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__
Domiciliar - Adolescente/Família não encontrado(s)	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__
Sistema de Saúde	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__
Unidades de Cultura e Esporte	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__
Ambiente Profissional	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__
Entidade socioassistencial	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__
CRAS	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__
CREAS	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__
Acolhimento Institucional	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__

VISITA 2 COMBO 21	Datas				
Unidade Acolhedora COMBO 21	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__
Rede de Ensino – Escolas	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__
Ministério Público	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__
Juizado	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__
Defensoria Pública/Advogado	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__
Conselho Tutelar	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__
Visita não realizada -	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__
(Sendo a visita não realizada, justifique):					

RELATÓRIOS							
Data de encaminhamento do último relatório ao Judiciário: __/__/__				*Aguardando conclusão da MSE: COMBO SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>			
*Foi solicitado reavaliação da MSE? COMBO	SIM <input type="checkbox"/>	*Se SIM, indique a decisão judicial COMBO	Manutenção	Prorrogação	Substituição	Suspensão	Extinção
	NÃO <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Quem pediu? COMBO	Adolescente <input type="checkbox"/>	Família <input type="checkbox"/>	Diretor do Serviço <input type="checkbox"/>	Defensoria Pública <input type="checkbox"/>	Ministério Público <input type="checkbox"/>		
*Nº de audiências (oitivas) acompanhadas pelo técnico: COMBO 25 _____							

11 – SUSPENSÃO/DESLIGAMENTO	
SUSPENSÃO	
Motivos COMBO 22	Data da Suspensão
Internação Sanção	__/__/__
Programa de Proteção a Crianças e Adolescentes Ameaçados de Morte - PPCAAM	__/__/__
Transferência para Programa de Saúde Mental	__/__/__
Outro (Nesse caso, complemente Qual?)	__/__/__

DESLIGAMENTO	
Qual Medida? PSC <input type="checkbox"/> LA <input type="checkbox"/> PSC/LA <input type="checkbox"/>	Qual o Número do processo: _____
Motivos COMBO 23	Data do Desligamento
Cumprimento da medida conforme prazo estabelecido	__/__/__
Detenção	
Doença grave	__/__/__
Internação	__/__/__

Limite de idade – 18 anos	__/__/__
Limite de Idade - 21 anos	__/__/__
Óbito	__/__/__
Medida Privativa de Liberdade	__/__/__
Semiliberdade	__/__/__
Transferência para outra unidade de Atendimento	__/__/__
Transferência para unidade de Atendimento em outro Estado – carta Precatória	__/__/__
Outro (Nesse caso, complemente abaixo)	__/__/__
Qual?	

RESPONSÁVEL PELO ATENDIMENTO: _____

Nome Completo/Função

Secretaria de Desenvolvimento Social
www.desenvolvimentosocial.sp.gov.br

Fale conosco: (11) 2763-8040
faleconosco@desenvolvimentosocial.sp.gov.br

