



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DOS PINHAIS
PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO DE PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RISCO SOCIAL (RS)

IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA:

Nome: _____
Data de Nascimento ____/____/____ Idade: _____ Sexo: _____
Nome da Mãe / responsável: _____ Telefones de contato: _____
Endereço: _____ n°: _____ Bairro: _____

ENCAMINHADO(A) PARA O(S) SEGUINTE(S) SERVIÇO(S):

- () *Ambulatório Sentinela – Atendimento agendado para ____/____/____ às ____:____ (ambulatório.sentinela@sjp.pr.gov.br)
() CAPS AD / TM / Infantil: _____
() Unidade Básica de Saúde: _____
() Outros equipamentos da Saúde: _____
() *CREAS - Atendimento agendado para ____/____/____ às ____:____ (creas@sjp.pr.gov.br)
() CRAS: _____
() Equipamentos da Educação: _____
() Conselho Tutelar: () Regional Centro (conselho.centro@sjp.pr.gov.br) ou () Regional Afonso Pena (ct.afonsopena@sjp.pr.gov.br)
() Outros: _____

***Os encaminhamentos para estes serviços necessitam que seja realizado agendamento prévio com as equipes. Fichas encaminhadas sem este prévio agendamento serão devolvidas ao órgão emissor.**

PREENCHIMENTO DA FICHA DE NOTIFICAÇÃO (SINAN): () Não () Sim, encaminhada para: _____

SUSPEITA DE VIOLAÇÃO DE DIREITOS:

- () Violência Física () Violência Psicológica () Violência Doméstica () Discriminação por Orientação Sexual
() Violência Patrimonial () Abuso Sexual () Exploração Sexual () Alienação Parental
() Negligência () Abandono () Trabalho Infantil () Cárcere Privado
() Discriminação Racial () Tráfico de Seres Humanos () Situação de Rua () Em razão de sua Própria Conduta
() Violação de Direitos Praticadas pelo Estado

VÍNCULO DO(A) SUPOSTO(A) AUTOR(A) DA VIOLAÇÃO COM A PESSOA ATENDIDA:

- () Pai () Cônjuge () Filho(a) () Cuidador(a) () Amigo(a)/Conhecido(a)
() Mãe () Ex-Cônjuge () Irmão(ã) () Patrão/Chefe () Pessoa com relação institucional
() Padrasto () Namorado(a) () Própria pessoa () Policial/Agente da lei () Outros _____
() Madrasta () Ex-Namorado(a) () Desconhecido(a) () Estado () Autor(a) não identificado(a)

DESCRIÇÃO DO CASO/SITUAÇÃO:

AÇÕES REALIZADAS ANTERIORMENTE A ESTE ENCAMINHAMENTO:

EMISSOR(A):

Unidade de Atendimento: _____
Nome do(a) Profissional: _____ Telefone: _____
Data: ____/____/____

Assinatura do(a) profissional responsável

FLUXO DA FICHA DE RISCO SOCIAL:

1. Enviar este Protocolo somente por email, para todos os equipamentos da Rede de Serviços Públicos que irão prestar atendimento a situação em tela. Enviar também cópia para o e-mail: vigilancia.assistencial@sjp.pr.gov.br para tabulação de dados estatísticos.
2. Quando o encaminhamento for para o **Ambulatório Sentinela** e/ou **CREAS** deverá ser feito o agendamento prévio via telefone. **Fichas encaminhadas sem este agendamento serão devolvidas ao órgão emissor.**

Este protocolo é utilizado entre a Rede de Serviços para encaminhamento dos casos de suspeita ou confirmação de violações de direitos, devendo ser utilizado somente por profissionais.

*****ESTE PROTOCOLO NÃO DEVE SER UTILIZADO COMO ÚNICA FORMA DE ENCAMINHAMENTO*****