

1. Local de origem do encaminhamento:

Telefone de contato:	

2. Identificação da criança/adolescente:

Nome	
Data de nascimento	
Nº Cartão SUS	
Nº CPF	
Nome da Mãe	

3. Dados do responsável da criança/adolescente:

Nome:	
CPF:	
Telefone:	
Endereço:	
Nº:	
Bairro:	
Bairro:	
Região:	

4. Assinale o tipo da suspeita de violência sofrida ou testemunhada pela criança/adolescente (admita mais de uma marcação):

()	Violência física intrafamiliar/extrafamiliar
()	Violência psicológica intrafamiliar/extrafamiliar
()	Violência sexual

5. Descrição da situação vivenciada e se houver o relato espontâneo da criança/adolescente;

(Fazer relato sucinto do ocorrido, considerando a situação vivenciada e escrevendo com as mesmas palavras da criança/adolescente)

--

Encaminhar este protocolo digitalizado para Hospital GPACI através do e-mail ee@gpaci.org.br

Esclarecimentos/dúvidas entrar em contato (15) 2101-6555 setor Escuta Especializada

Data:

--

Carimbo e assinatura da chefia responsável