

**FICHA DE DEVOLUTIVA À BUSCA ATIVA PELO CONSELHO TUTELAR PARA  
UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE**

DATA:

NOME:

DN:

GENITORA/RESPONSÁVEL:

ENDEREÇO:

TELEFONE:

1-MOTIVO DA BUSCA ATIVA:

---

---

---

2-ENCONTROU O RESPONSÁVEL PELA CRIANÇA OU A GESTANTE NA RESIDÊNCIA?

SIM ( )

NÃO ( )

OBS:

---

3-SERÁ NECESSÁRIO DISCUSSÃO DO CASO NA UBS?

SIM ( )

NÃO ( )

OBS:

---

4- QUAIS ENCAMINHAMENTOS REALIZADOS? (UBS, CAPS, CRAS, Instituição...)

---

---

---

5- O QUE RELATOU O RESPONSÁVEL PELA CRIANÇA OU A GESTANTE SOBRE O OCORRIDO QUE  
GEROU A BUSCA ATIVA?

---

---

---

---

---

6-QUAIS ORIENTAÇÕES REALIZADAS?

---

---

---

---

---

---

---

---

NOME DO RESPONSÁVEL PELA BUSCA ATIVA

**OBSERVAÇÃO: IMPORTANTE MANTER SIGILO EM RELAÇÃO AO DENUNCIANTE**