**ORIENTAÇÕES DE ENCAMINHAMENTOS DE CASOS PARA AVALIAÇÃO**

        O encaminhamento para avaliação, nos casos em que se verificar situação de ameaça iminente de morte em que a rede de proteção, às políticas públicas e a família não dispõem de condições de garantir o direito à vida, deverá ser feito por **Ministério Público** um dos seguintes órgãos solicitantes / Porta de Entrada: **Conselho Tutelar, Defensoria Pública, Ministério Público e Poder Judiciário**.

    Tão logo seja confirmado o encaminhamento da **Ficha de Pré-Avaliação preenchida**  **para o e-mail**[**ppcaamrs@calabria.com.br**](about:blank)**, juntamente com os documentos hábeis de identificação (cópia de documento de identidade do (a) ameaçado (a) e responsável legal**) **e relatórios de acompanhamentos rede de proteção**, será marcada entrevista com o (a) adolescente, família, serviços da rede de atendimento e representante do órgão solicitante / porta de entrada, de forma presencial ou por videoconferência.

        Para o adequado procedimento da avaliação, é imprescindível a observação e adoção das medidas indicadas abaixo.

**PROCESSO DE AVALIAÇÃO**

1.     A avaliação constitui-se em **um ou mais momentos de construção coletiva de alternativas de proteção à vida**, com a participação do órgão solicitante / Porta de Entrada, rede de atendimento, equipe do PPCAAM, criança/adolescente ameaçado e seus familiares.

2.     O Programa **não substitui medidas socioeducativas e é incompatível com a execução de semiliberdade e internação**. Contudo, **avaliações para ingresso poderão ser realizadas quando houver indicação técnica de término de medidas de meio fechado, anteriormente à celebração do Círculo de Compromisso**.

3.   **O funcionamento e as regras do Programa serão expostos pela equipe do PPCAAM durante o processo de avaliação**.

4.     **O órgão solicitante / Porta de Entrada é responsável por preencher e encaminhar a ficha de pré-avaliação, providenciar previamente local reservado e seguro para os encontros presenciais ou meios de acesso a equipamento e internet para realização de videoconferência**, assim como o **contato e a presença dos envolvidos** (criança e/ou adolescente, familiares, rede de proteção).

5.   Com o objetivo de preservar o sigilo da avaliação, **a equipe do PPCAAM será apresentada e identificada como REDE CALÁBRIA**, entidade executora do Programa, sendo vedado disponibilizar seus contatos à família.

6.     **A avaliação somente ocorrerá com a presença do representante do órgão solicitante, criança/adolescente ameaçado e seus familiares**. Em caso de ausência de um dos envolvidos, o órgão solicitante deverá contatar a Coordenação do Programa, para a marcação de nova data.

7.     **Após as entrevistas de avaliação, a equipe do PPCAAM deliberará pela inclusão ou não no Programa, comunicando o órgão solicitante / Porta de Entrada** por termo específico e relatório apontando possíveis encaminhamentos junto à rede de serviços.

8.     Até a finalização do processo de avaliação pelo Programa, **deverá o órgão solicitante / Porta de Entrada adotar as medidas necessárias para garantir a proteção da criança e/ou adolescente ameaçado**.

PPCAAM/RS

Rede Calábria - Acolher promovendo vidas

**FICHA DE PRÉ-AVALIAÇÃO**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Órgão solicitante / Porta de Entrada**   **SOMENTE: Conselho Tutelar, Defensoria Pública, Ministério Público ou Poder Judiciário** | |
| * 1. Órgão encaminhador / Porta de entrada: | * 1. Data do preenchimento da ficha: |
| * 1. Endereço do órgão solicitante: | |
| 1.4 Função do responsável pela pré-avaliação do órgão solicitante: | |
| 1.5 Nome do responsável pela pré-avaliação no órgão solicitante: | |
| * 1. E-mail:   2. Telefones: ( ) | |
| 1. **Identificação do(a) ameaçado (a)** | |
| 2.1 Nome/ RG/ CPF: | |
| 2.2 Apelido: | |
| 2.3 Data de nascimento: / / | |
| 2.4 Nacionalidade: | |
| 2.5 Naturalidade: | |
| 2.6 Estado civil: | |
| 2.7 Cor *(auto declaratório)*: ( ) branca ( ) parda ( ) preta ( ) amarela ( ) indígena | |
| 2.8 Tem filhos? ( ) Não ( ) Sim Quantos? ( ) | |
| 2.9 Sexo: ( ) masculino ( ) feminino ( ) intersexo | |
| 2.10 Identidade de gênero: ( ) travesti ( ) masculina ( ) feminina ( ) transexual ( ) outros | |
| 2.11 Orientação sexual: ( ) homossexual ( ) heterossexual ( ) outros | |
| 2.12 Filiação: | |
| 2.13 Responsável legal (indique o parentesco/vínculo e data de nascimento): | |
| 2.14 Endereço completo e contato telefônico: | |
| 2.15 Renda familiar (valor aproximado): R$ | |
| 2.16 Possui benefício social? Se sim, qual é valor? (Bolsa Família, BPC, etc) | |
| 1. **Situação de saúde** | |
| 3.1 Possui histórico de doenças? Se sim, quais? Faz algum tratamento? | |
| 3.2 Faz uso de álcool e outras drogas? Se sim, quais? Faz algum tratamento? | |
| 3.3 Já foi diagnosticado com algum transtorno mental? Se sim, qual? Faz algum tratamento? | |
| 3.4 Faz uso de medicação controlada? Se sim, qual? | |
| 1. **Identificação do ameaçador(a)** | |
| 4.1 Nome: | |
| 4.2 Apelido: | |
| 4.3 Qualificação do(a) ameaçador(a): (*Ex. Políticos, traficantes ligados a um grupo ou facção específica (patrão, fiel, braço direito, soldado, vendedor), autoridade policial, líder religioso, pessoa de referência na comunidade etc.*). | |
| 4.4 Área de influência do ameaçador(a): (*Ex. Ruas, bairros, municípios, Estados etc.*) | |
| 4.5 Possui meios de concretizar ameaça por outras pessoas? (Ex. familiares, amigos, subordinados) | |
| 4.6 Relação do ameaçador com ameaçado? (Ex. amigos, rivais, parentes etc.) | |
| 1. **Situação da ameaça** | |
| * 1. Relato da ameaça (*descreva como a criança/adolescente soube da ameaça e de que forma ela tem se dado*) | |
| 5.2 Motivo da ameaça: | |
| 5.3 Regiões de abrangência da ameaça (*indique os locais*) | |
| 5.4 Repercussão do caso (*ex. o caso teve divulgação na internet, TV, jornal, rádios, apenas na comunidade, nenhuma*) | |
| 5.5 Há quanto tempo a criança/adolescente está sendo ameaçado? | |
| 5.6 Já ocorreram ameaças anteriores? Se sim, explique como ocorreram. Foram feitas pelo mesmo ameaçador? | |
| 5.7 Outro(s) familiar(es) também sofreu(ram) intimidações em decorrência dessa ameaça? Se sim, quais? | |
| 1. **Participação da rede na proteção do(a) ameaçado(a)** | |
| 6.1 O(a) criança/adolescente acessa ou já acessou algum programa/serviço da rede pública (CRAS, CREAS, CAPS, UBS etc.) | |
| 6.2 Há algum técnico de referência? Se sim, qual seu nome e função? (*Ex. José/Maria Assistente social)* | |
| 6.3 O(a) criança/adolescente é ou já foi atendido(a) por Conselho Tutelar? Se sim, por qual motivo? | |
| **7. Participação da família na proteção do(a) ameaçado(a)** | |
| 7.1 Existe familiar para acompanhar o(a) ameaçado(a) na proteção? ( ) não ( ) sim  Se não, qual o motivo? (Ressalta-se que o PPCAAM não assume ou substitui a responsabilidade da família)  Se sim, quantos e quais familiares (*nome, parentesco e idade*)? | |
| 7.2 Quantos e quais familiares estiveram presentes na entrevista de pré-avaliação? | |
| 7.3 Quais as perspectivas da família para a proteção (*o que ela espera, o que pretende, como será o planejamento da família nessa nova condição*)? | |
| 7.4 Há voluntariedade para mudança de localidade (*região de moradia/residência*)? | |
| * 1. Existe retaguarda familiar fora da área de risco? | |
| 1. **Medidas adotadas como proteção emergencial** | |
| 8.1 Providências que a Porta de Entrada (órgão encaminhador) tomou diante da identificação da ameaça (*Órgãos, serviços, equipamentos que foram acionados)* | |
| 8.2 Onde o(a) ameaçado(a) está atualmente? (*Ex.: acolhimento institucional, casa de parentes fora da região de ameaça, casa de parentes na região de risco)* | |
| 8.3 Há locais seguros onde seja possível a permanência do(a) ameaçado(a), fora da região de ameaça, até a finalização do processo de avaliação pela equipe do PPCAAM? (*Ex.: família extensa/parentes/pessoas de vínculo, instituições, serviços, equipamentos etc.)* | |
| 1. **Situação processual** | |
| 9.1 Responde a algum procedimento/processo judicial (medida protetiva, pensão alimentícia, trabalhista, crime ...)? Se sim, qual número? *(Se em cumprimento de medida socioeducativa, qual a data de início da medida e quando será a audiência de revisão de medida)* | |
| 9.2 Qual a fase atual do procedimento/processo? Já tem decisão final? Se sim, qual o teor? | |
| 9.3 Há algum processo referente à medida protetiva? Se sim, qual o número e qual a medida solicitada? | |
| 1. **Observações finais** | |
|  | |

Por ser verdade, assinam os presentes:

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Ameaçado(a)

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Familiar e/ou responsável

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Porta de Entrada