



FORMULÁRIOS DE INCLUSÃO NO PROGRAMA GUARDIÃ MARIA DA PENHA



Dados da Assistida

Nome Completo

Nome da Mãe

RG

CPF

Data de Nascimento

E-mail

Telefone

Endereço Residencial

Bairro

Distanciamento da Medida Protetiva

Validade da Medida Protetiva

Autoriza visitas duas vezes ao ano

Melhor turno para visita

Melhor dia para visita

Estado Civil

Escolaridade

Cor/Raça

Profissão/Ocupação

Trabalha atualmente

Local de trabalho

Quem é o maior responsável pelo sustento da família

Tipo de violência sofrida



FORMULÁRIOS DE INCLUSÃO NO PROGRAMA GUARDIÃ MARIA DA PENHA



Dados do Agressor

Nome do Autor (a)

Nome da Mãe

Celular

Data de Nascimento

RG

CPF

Ocupação/Trabalho

Local de Trabalho

Raça

Tempo de relação com o(a) agressor (a)

Escolaridade do(a) agressor(a)

Outras informações sobre o(a) agressor(a)

Termo de Consentimento e orientação

A assistida declara que entendeu os objetivos do Programa e aceita receber visitas em sua residência e/ou local de trabalho?

Orientação sobre necessidade de registrar B.O

Orientação sobre serviços especializados

Informação sobre abrigos sigilosos e CRMVV

Orientação sobre plano de segurança pessoal

Entrega de material informativo



FORMULÁRIOS DE INCLUSÃO NO PROGRAMA GUARDIÃ MARIA DA PENHA



VÍNCULO ENTRE AS PARTES

Qual o vínculo do(a) agressor(a) com a assistida?

Relacionamento familiar

Relacionamento doméstico

HISTÓRICO DE VIOLÊNCIA

O(A) agressor(a) já ameaçou você ou algum familiar com a finalidade de atingi-la?

O(A) agressor(a) já praticou alguma(s) das seguintes formas graves de agressão física contra você?

O(A) agressor(a) já praticou alguma(s) destas agressões físicas contra você?

Você necessitou de atendimento médico e/ou internação após alguma dessas agressões?

O(A) agressor(a) já obrigou você a ter relações sexuais ou praticar atos sexuais contra sua vontade?

O(A) agressor(a) já teve algum destes comportamentos?

Você já registrou ocorrência policial ou solicitou medida protetiva de urgência contra o(a) agressor(a)?

O(A) agressor(a) já descumpriu medida protetiva de urgência anteriormente?

As agressões ou ameaças se tornaram mais frequentes e/ou mais graves nos últimos 12 meses?

O(A) agressor(a) faz uso abusivo de álcool, drogas ou medicamentos?

O(A) agressor(a) tem alguma doença mental comprovada por avaliação médica?



FORMULÁRIOS DE INCLUSÃO NO PROGRAMA GUARDIÃ MARIA DA PENHA



O(A) agressor(a) já tentou suicídio ou falou em suicidar-se?

O(A) agressor(a) está desempregado(a) ou tem dificuldades financeiras?

O(A) agressor(a) tem fácil acesso a arma de fogo?

O(A) agressor(a) já ameaçou ou agrediu seus filhos, outros familiares, outras parceiras íntimas, amigos(as), colegas de trabalho, pessoas desconhecidas ou animais de estimação?

Você tem conhecimento de registro de ocorrência policial e/ou medida protetiva de urgência contra ele/ela por essas violências?

Você tem conhecimento de registro de ocorrência policial e/ou medida protetiva de urgência contra ele/ela por essas violências?

Você tem filhos?

Alguns de seus filhos é pessoa com deficiência?

Estão vivendo algum conflito com relação à guarda dos filhos, visitas ou pagamento de pensão pelo(a) agressor(a)?

Seu(s) filho(s) já presenciaram ato(s) de violência do(a) agressor(a) contra você?

Você sofreu algum tipo de violência durante a gravidez ou até 18 meses após o parto?

Se você está em um novo relacionamento, percebeu que as ameaças ou agressões físicas aumentaram em razão disso?

Você se sente isolada de amigos, familiares, pessoas da comunidade ou trabalho?

Você possui alguma deficiência ou doença degenerativa que acarreta condição limitante ou de vulnerabilidade física ou mental?



FORMULÁRIOS DE INCLUSÃO NO PROGRAMA GUARDIÃ MARIA DA PENHA



Você considera que mora em bairro, comunidade, área rural, território indígena ou outro local de maior risco de violência?

Qual a sua situação de moradia?

Atualmente, você reside no mesmo imóvel com o(a) agressor(a)?

Você se considera financeiramente dependente do(a) agressor(a)?

Você quer e aceita abrigo temporário?

DECLARAÇÃO DE VERACIDADE

A assistida declara estar ciente e de acordo?

Assinatura Assistida

Como o formulário foi preenchido?

INFORMAÇÕES ADMINISTRATIVAS

Demanda recebida de:

Data da inclusão

Número Boletim de Ocorrência

Número Processo

Vara

Comarca/Município

UF

Nome do(a) profissional

Cargo/função



FORMULÁRIOS DE INCLUSÃO NO PROGRAMA GUARDIÃ MARIA DA PENHA



NÍVEL DE RISCO

Percepção de risco por parte da vítima

Contexto atual e risco de novas violências

Saúde física, mental e estado emocional da vítima

Histórico de violência e informações sobre o(a) agressor(a)

Outros fatores de risco

Fatores de proteção verificados no caso concreto

Orientações, encaminhamentos e outras medidas

A vítima manifestou interesse em aderir aos encaminhamentos?

AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DE SENHA DO PROCESSO JUDICIAL

Autorização para utilização de senha do processo judicial referente à medida protetiva de urgência, exclusivamente para acompanhamento do processo, verificação da validade/vigência da medida e adoção das providências necessárias à proteção da assistida.

Assinatura Assistida

SIIM PROTEGE / BOTÃO DE PÂNICO

Termo Botão do Pânico

Declaro que li e compreendi o Aviso de Privacidade referente ao SIIM Protege (Botão de Pânico).

Você está ciente de que os dados cadastrados poderão ser compartilhados com o Centro de Operações Integradas (COI) da Guarda Civil Municipal para fins de proteção?

Botão instalado por:



FORMULÁRIOS DE INCLUSÃO NO PROGRAMA GUARDIÃ MARIA DA PENHA



Assinatura da Assistida

Finalização

Nome do GCM/profissional

Matrícula

Data e hora do preenchimento

Assinatura do Profissional

Ficha Individual

Relato de Ocorrências

