

<b>Cod/Atd</b>
<b>MP/</b>



<b>Área/UN</b>

POLÍCIA MILITAR DA BAHIA  
COMANDO DE POLICIAMENTO ESPECIALIZADO -  
OPERAÇÃO RONDA MARIA DA PENHA  
QUESTIONÁRIO DE ACOLHIMENTO

CONTROLE E IDENTIFICAÇÃO			
<b>Guarnição/GH:</b>		<b>Origem solicitação:</b> [ ] TJ/ __Vara [ ] MP [ ] DP [ ] DEAM [ ] OUTROS _____	
<b>Data 1ª visita:</b>			
<b>MPU Nº:</b>			
IDENTIFICAÇÃO DA ATENDIDA			
<b>1. Nome:</b>			
<b>2. Endereço Residencial :</b>			
<b>3. Ponto de referência:</b>			
<b>4. Bairro:</b>		<b>5. Telefone(s):</b>	
<b>6. Endereço para visita:</b>			
<b>7. Ponto de Referência:</b>		<b>8. Bairro:</b>	
<b>9. Melhor turno para visita:</b> [ ] Matutino [ ] Vespertino		<b>10. Estado civil:</b> [ ] Casada/união estável [ ] Solteira [ ] Divorciada [ ] Viúva [ ] Separada [ ] Outro	
<b>11. Filho(a)s/Quanto(a)s: _____</b>		<b>12. Filho(a)s com Agressor? [ ] SIM [ ] NÃO Quantos? _____</b>	
[ ] 0 A 4 ANOS	[ ] 11 A 15 ANOS	[ ] ACIMA DE 18 ANOS	
[ ] 05 A 10 ANOS	[ ] 16 A 18 ANOS		
<b>13. Escolaridade: (C para Completo I para Incompleto)</b>			
[ ] Não escolarizada		[ ] Ensino Médio	
[ ] Fundamental I		[ ] Graduação	
[ ] Fundamental II		[ ] Pós Graduação	
<b>14. Raça/Etnia:</b>			
[ ] Preta [ ] Parda [ ] Branca [ ] Amarela [ ] Indígena [ ] Outra: _____			
<b>15. Idade:</b>		<b>16. Religião:</b> [ ] Católica [ ] Evangélica/Protestante [ ] Espírita [ ] Matriz Africana [ ] Outros _____	
<b>17. Profissão/Ocupação:</b>		<b>18. Último emprego/ocupação:</b>	
<b>19. Trabalha:</b> [ ] SIM [ ] NÃO		<b>20. Local de trabalho:</b>	
<b>21. Renda:</b> (SM – Salário Mínimo) [ ] NR [ ] SR [ ] ATÉ 01 SM [ ] 02 A 04 SM [ ] ACIMA DE 05 SM [ ] Outra: _____ NR = Não Revelou – SR = Sem renda			
<b>21. Quem é o (a) principal responsável pelo sustento da família?</b> [ ] A própria [ ] O(a) Agressor(a) [ ] Outro(a) membro(a) familiar. Quem? _____			

<b>22. Participa de algum Programa ou Benefício do Governo Federal, Estadual e Municipal?</b>	
<input type="checkbox"/> Programa Bolsa Família- PBF <input type="checkbox"/> Programa Minha Casa, Minha Vida <input type="checkbox"/> Benefício de Prestação Continuada- BPC	<input type="checkbox"/> Programa Primeiro Passo <input type="checkbox"/> Outro(s): _____
<b>IDENTIFICAÇÃO DO(A) AGRESSOR(A)/ CARACTERIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA SOFRIDA</b>	
<b>23. Nome do(a) Agressor(a):</b>	
<b>24. Qual o grau de proximidade entre você e quem praticou a violência?*</b>	
<input type="checkbox"/> Companheiro / Esposo/ Namorado <input type="checkbox"/> Ex-companheiro / ex-esposo /ex- Namorado <input type="checkbox"/> Outro(a)s: _____	<input type="checkbox"/> Pai/ Irmão/ Primo <input type="checkbox"/> Mãe/ Irmã/ Prima * Flexionar gênero, se necessário
<b>25. Tipo(s) de violência sofrida?</b> <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Psicológica <input type="checkbox"/> Moral <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Patrimonial	
<b>26. O(a) Agressor(a) responde a algum processo?</b> <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
<b>27. Ocupação/Trabalho do Agressor(a):</b> <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Local/Empresa: _____
Endereço do Local de Trabalho:	
<b>28. Raça/Etnia (Autodeclaração):</b>	
<input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Outra: _____	
<b>29. Tempo de relação com o(a) Agressor(a)?</b>	
<input type="checkbox"/> 0 a 2 anos <input type="checkbox"/> 03 a 5 anos <input type="checkbox"/> 06 a 09 anos <input type="checkbox"/> Acima de 10 anos <input type="checkbox"/> Outro _____	
<b>30. O(a) agressor(a) costuma ser violento (a) com outras pessoas?</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
<b>31. Idade do(a) Agressor(a):</b> _____	
<b>32. Escolaridade do(a) Agressor(a):</b>	
<input type="checkbox"/> Não escolarizada <input type="checkbox"/> Fundamental I <input type="checkbox"/> Fundamental II	<input type="checkbox"/> Ensino Médio <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/> Outros
<b>33. Outras observações sobre o(a) Agressor(a):</b>	
<b>INFORMAÇÕES ADICIONAIS</b>	
<b>34. Encaminhamento para as Instituições parceiras:</b>	
<b>35. Outras solicitações/observações:</b>	