

09/07/2025 - 10:33

01

DADOS PRELIMINARES E DE IDENTIFICAÇÃO

Pesquise aqui por nome completo, prontuário ou CPF

*Não preenchido***ACOLHIMENTO**Primeiro atendimento
*

-
- SIM
-
-
- NÃO

DADOS PRELIMINARES

Nº Prontuário

202507-0035

Unidade de atendimento
Centro de Referência Clarice
LispectorPrimeiro atendimento Data do atendimento Hora
09/07/2025 07/07/2025 10:36Demandante
DEAM

Avaliação inicial

-
- Risco Iminente
-
-
- Acompanhamento
-
-
- Outra

Atendimento**Como soube do serviço**

- | | | |
|---|------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Doméstica/Familiar e Sexista | <input type="checkbox"/> Parente | <input type="checkbox"/> Amiga(o) |
| <input type="checkbox"/> Acolhida/Orientação | <input type="checkbox"/> Campanhas | <input type="checkbox"/> Outras(os) |
| <input type="checkbox"/> Outros Municípios | | |

IDENTIFICAÇÃO

09/07/2025 - 10:33

01

 Editar seçãoCPF
09874476451Nome
ANA CAROLINA GONCALVES DE MELO FARIAS

Deseja alterar o nome?

- Sim
 Não

 Não possui CPFNome Social
*Não preenchido*CEP
52061450Logradouro
RUA EDSON ÁLVARESNúmero
200Complemento
207Bairro
CASA FORTECidade
RECIFERPA
3Estado
PE Alterar dados de endereço Não sei o CEPPonto de referência
*Não preenchido*Telefone
*Não preenchido*Celular
*Não preenchido*E-mail
ACMFARIAS@HOTMAIL.COMData de nascimento
01/01/1995Idade
30UF nascimento
*Não preenchido*Cidade nascimento
*Não preenchido*Nacionalidade
*Não preenchido*RG
*Não preenchido*Órgão de expedição
*Não preenchido*UF
*Não preenchido*Nome do pai
*Não preenchido*Nome da mãe
ANA PAULA GONCALVES DE MELO FARIASEstado civil
*Não preenchido*Nome do(a) Cônjuge/Companheiro(a)
*Não preenchido*Identidade de gênero
*Não preenchido*Orientação sexual
*Não preenchido*Cor/raça
*Não preenchido*Religião
Não preenchido

09/07/2025 - 10:33

01

09/07/2025 - 10:33

02

DADOS DE ESCOLARIDADE E PROFISSIONAIS

Escolaridade

Não preenchido

Trabalha?

Situação ocupacional

Não preenchido

Sim

Não

Tem interesse em realizar
alguma capacitação
profissional?

Sim

Não

09/07/2025 - 10:33

03

CARACTERIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA

Tipo de violência

Doméstica/Familiar ou Afetiva

ENCAMINHAMENTOS (Apenas para casos de Acolhida/Orientação e Outros Municípios)

Não preenchido

BREVE RELATO (Apenas para casos de Acolhida/Orientação e Outros Municípios)

Não preenchido

09/07/2025 - 10:33

04

DADOS DE SAÚDE

Número do CartãoSUS

*Não preenchido*Apresenta alguma
deficiência/Síndrome? Sim NãoApresenta Problema de
Saúde? Sim NãoJá foi atendido por psicólogo? Já foi atendido por
psiquiatra? Sim Não Sim NãoFaz uso de
medicamento? Sim NãoFaz uso de drogas
ilícitas?Faz uso de drogas
ilícitas? Sim Não Sim NãoGestante? Decorrente de violência,
já sofreu algum aborto? Sim Sim Não NãoPreventivo câncer colo
do útero Mamografia Sim Não Sim
 Não

Realizou exame de HIV?

 Sim Não

09/07/2025 - 10:33

05

DADOS SOCIAIS DA FAMÍLIA**Benefícios sociais**

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Auxílio-acolhida | <input type="checkbox"/> Bolsa Família | <input type="checkbox"/> Auxílio Emergencial | <input type="checkbox"/> Benefício de Prestação Continuada (BPC) |
| <input type="checkbox"/> Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI) | <input type="checkbox"/> Garantia-Safra e Seguro-Defeso (ou Pescador Artesanal) | <input type="checkbox"/> Auxílio-Reclusão | <input type="checkbox"/> Não recebe |

Total de filhos(as)
5Renda familiar
*Não preenchido*Situação habitacional
*Não preenchido***COMPOSIÇÃO FAMILIAR (todos da residência)**

NOME COMPLETO WYG	PARENTESCO Primo(a)	IDADE (ANOS) 67
NOME COMPLETO A	PARENTESCO Irmão/Irmã	MESES <i>Não preenchido</i>

Observações
Não preenchido

09/07/2025 - 10:33

06

DADOS DO(A) AUTOR(A)

CPF

Não preenchido

Nome

Não preenchido

Grau de parentesco

Não preenchido

09/07/2025 - 10:33

07

TIPIFICAÇÃO DA VIOLENCIA**Relacionamento com o(a) autor(a)**

Tempo de convivência (em anos)
Não preenchido
Não preenchido

Tipo de relacionamento
Não preenchido

Física

- | | | | |
|--|--------------------------------------|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Uso de objetos | <input type="checkbox"/> Sufocamento | <input type="checkbox"/> Fraturas | <input type="checkbox"/> Pontapés |
| <input type="checkbox"/> Espancamento | <input type="checkbox"/> Queimaduras | | |
| <input type="checkbox"/> Mordidas | <input type="checkbox"/> Empurrão | <input type="checkbox"/> Rasteira | <input type="checkbox"/> Tapa |
| <input type="checkbox"/> Soco | <input type="checkbox"/> Torção | | |
| <input type="checkbox"/> Puxão de Cabelo | <input type="checkbox"/> Tortura | <input type="checkbox"/> Envenenamento | <input type="checkbox"/> Sequestro |
| <input type="checkbox"/> Outras | | | |

Psicológica

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ameaças | <input type="checkbox"/> Desprezo/humilhação | <input type="checkbox"/> Privação de liberdade |
| <input type="checkbox"/> Assédio moral | <input type="checkbox"/> Gritos | <input type="checkbox"/> Perseguição |
| <input type="checkbox"/> Chantagem | <input type="checkbox"/> Xingamento | <input type="checkbox"/> Outras |

Sexual

- | | | |
|----------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Estupro | <input type="checkbox"/> Assédio sexual | <input type="checkbox"/> Importunação sexual |
| <input type="checkbox"/> Outras | | |

Patrimonial

- | | | |
|-----------------------------------|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Retenção | <input type="checkbox"/> Subtração | <input type="checkbox"/> Destrução parcial ou total |
|-----------------------------------|------------------------------------|---|

Discriminar bens
Não preenchido

Moral

09/07/2025 - 10:33

07

 Difamação Injúria Calúnia**Tráfico de seres humanos** Fins Sexuais Fins Trabalho Forçado Fins Retirada de Órgãos**Local da agressão**

<input type="checkbox"/> Residência	<input type="checkbox"/> Via pública	<input type="checkbox"/> Ambiente de trabalho	<input type="checkbox"/> Escola
<input type="checkbox"/> Terreno baldio			<input type="checkbox"/> Habitação coletiva
<input type="checkbox"/> Bar ou similares	<input type="checkbox"/> Outros		

Horário do ocorrido

<input type="checkbox"/> Manhã	<input type="checkbox"/> Tarde	<input type="checkbox"/> Noite	<input type="checkbox"/> Madrugada
<input type="checkbox"/> Todos os horários			

Fatores relacionados à violência

<input type="checkbox"/> Ciúmes	<input type="checkbox"/> Doença mental	<input type="checkbox"/> Uso de drogas	<input type="checkbox"/> Disputa de bens
<input type="checkbox"/> Gravidez indesejada	<input type="checkbox"/> Adulterio		
<input type="checkbox"/> Temperamento agressivo	<input type="checkbox"/> Causa econômica	<input type="checkbox"/> Outros	

Pessoas que têm conhecimento das agressões

Familiares, vizinhos ou amigos têm conhecimento das agressões?

Sim Não

CIODS

**Solicitar senha
CIODS?**

09/07/2025 - 10:33

07

Sim Não

RELATO DO CASO

Não preenchido

Editar relato

09/07/2025 - 10:33

08

EVOLUÇÕES



Nenhum registro encontrado

Anexos



Nenhum registro encontrado

09/07/2025 - 10:33

09

EVOLUÇÕES



Nenhum registro encontrado

Anexos



Nenhum registro encontrado

09/07/2025 - 10:33

10

EVOLUÇÕES

Data
09/07/2025

Evolução
a usuária compareceu ao serviço
para saber do processo

Técnica
Ana Carolina Goncalves de Melo
Farias

Setor
Centro de Referência Clarice
Lispector

Anexos



Nenhum registro encontrado

09/07/2025 - 10:33

11

CONSOLIDADO DE EVOLUÇÕES



Nenhum registro encontrado

09/07/2025 - 10:33

12

Prontuário
Não preenchido

[Visualizar prontuário an](#)

DADOS JURÍDICOS

Cível <i>Não preenchido</i>	Criminal <i>Não preenchido</i>	Trabalhista <i>Não preenchido</i>
Registro da ocorrência <i>Não preenchido</i>	Origem <i>Não preenchido</i>	Nº do inquérito <i>Não preenchido</i>
Exame de corpo de delito <i>Não preenchido</i>	Fiança <i>Não preenchido</i>	

Medida Protetiva de Urgência

Já solicitou medida protetiva? <input checked="" type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	Data da Solicitação <i>Não preenchido</i> <input type="radio"/> Deferidas? <input checked="" type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	Numeração MPU <i>Não preenchido</i>	Vara <i>Não preenchido</i>
--	--	--	-------------------------------

Informações complementares

Vítima aceitou abrigamento?

Sim Não

Brigada Maria da Penha

Sim Não

Encaminhamentos

Externos

Núcleo Abrigamento

Centro de Referência

Vara de Violência Doméstica e Familiar

Defensoria Especializada

Núcleo de Apoio à Mulher do MPPE

Delegacia do Idoso

09/07/2025 - 10:33

12

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Delegacia Especializada em VDFCM | <input type="checkbox"/> Delegacia da Infância e Juventude | <input type="checkbox"/> Delegacia de Polícia – Crimes Comuns |
| <input type="checkbox"/> Casa da Justiça e Cidadania | <input type="checkbox"/> Saúde Física | <input type="checkbox"/> Saúde Mental |
| <input type="checkbox"/> Centro Municipal da Mulher | <input type="checkbox"/> Saúde Especializada Violência Sexual | <input type="checkbox"/> Rede de Assistência Social |
| <input type="checkbox"/> Cartório Registro Civil ou Imóveis | <input type="checkbox"/> Cursos Profissionalizantes | <input type="checkbox"/> Educação Formal |
| | <input type="checkbox"/> Outros | <input type="checkbox"/> Emissão de CNH Popular |

Violência institucional?

*Não preenchido***ENCAMINHAMENTO INTERNO**

Gerar procuraçāo?

 Sim Não