

SIPIA – SINASE
Sistema de Informação para Acompanhamento de Adolescente em Conflito com a Lei
Plano Individual de Atendimento do Adolescente (P.I.A.)

ATENDIMENTO	
Código Sinase:	
Data da Avaliação do PIA*: ____/____/____	
Local da Avaliação*:	UF*:
Adolescente*:	
Técnico 1*:	
Técnico 2:	
Técnico 3:	
Orientador:	

CONHECENDO O ADOLESCENTE
Definição da equipe de referência responsável pela condução e acompanhamento do processo sócioeducativo:
Levantamento de dados do Contexto sócio familiar:
Composição Familiar:

Convívio Familiar*			
Não Informado	Mora na rua	Mora com pai e mãe	
Mora com a mãe	Mora com o pai	Mora com familiares	
Mora com os responsáveis	Mora com amigos	Mora com companheiro(a)	
Mora só	Mora em Inst. Gov.	Mora em Inst. não Gov.	
Ignorado	Outros		
Renda Familiar			
Não Informada	Menos de 01 SM	Entre 01 e 02 SM	Entre 02 e 03 SM
Entre 03 e 05 SM	Entre 05 e 07 SM	Entre 07 e 10 SM	Entre 10 e 15 SM
Entre 15 e 20 SM	Mais de 20 SM	Ignorada	
Qde. Integrantes na Família:			
Qde. Filhos do Adolescente:			
Levantamento da prática/histórico infracional:			

ESTUDO DE CASO SITUACIONAL
<p>Aspectos Gerais a serem considerados pela equipe:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Experiências vividas consideradas positivas - Hábitos negativos que deseja abolir - Metas e expectativas que projeta para o futuro - Atitudes, habilidades e potencialidades que deseja desenvolver - Desejos e sonhos que pretende realizar - Conhecimentos que deseja adquirir - Circunstâncias da vida que deseja modificar - Contribuições dos responsáveis legais do adolescente

SAÚDE
Histórico Clínico:

Avaliação Clínica Multiprofissional:

Avaliação de especialidade? Sim Não

Qual?

Relato de maus Tratos? Sim Não

Discriminar:

Faz uso de Medicação Controlada? Sim Não

Qual(is)?

Uso de Drogas*

<input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Utiliza freqüentemente	<input type="checkbox"/> Utiliza(sem informação sobre freqüência)
<input type="checkbox"/> Utiliza raramente	<input type="checkbox"/> Não utiliza atualmente	<input type="checkbox"/> Nunca utilizou
<input type="checkbox"/> Não informado		

Drogas utilizadas

<input type="checkbox"/> Álcool	<input type="checkbox"/> Cigarro	<input type="checkbox"/> Cocaína	<input type="checkbox"/> Crack
<input type="checkbox"/> Ecstasy	<input type="checkbox"/> Inalantes	<input type="checkbox"/> Injetáveis	<input type="checkbox"/> Maconha
<input type="checkbox"/> Medicamentos	<input type="checkbox"/> Merla/Mela	<input type="checkbox"/> Outras Drogas	

Observações

Presença de Laudo Médico? Sim Não **CID:**

EDUCAÇÃO**Alfabetizado?** Sim Não **Escolaridade***

Não Informado	Analfabeto	Alfabetizado	1o Grau Incompleto
2o Grau Incompleto	1a. Serie Ens. Fund.	2a. Serie Ens. Fund	3a. Serie Ens. Fund
4a. Serie Ens. Fund	5a. Serie Ens. Fund	6a. Serie Ens. Fund	7a. Serie Ens. Fund
8a. Serie Ens. Fund	1a. Serie Ens. Med.	2a. Serie Ens. Med.	3a. Serie Ens. Med.
Sup. do Ens. Fund	Sup. do Ens. Med.	Superior Incompleto	Superior Completo
Ignorada	Outro		

Matriculado? Sim Não **Situação Escolar***

Não Informado	Nunca Estudou	Não Estuda Atualmente
Estuda Atualmente	Ignorada	Matriculado e frequenta
Matriculado e não frequenta		

Última Escola Frequentada:**Endereço da Escola:****Transferência Escolar?** Sim Não **Carteira de Estudante?** Sim Não **Motivo da Desistência:****Reprovação?** Sim Não **Motivo:****Histórico Escolar:****Avaliação Psicopedagógica:**

Evolução:

INICIAÇÃO PROFISSIONAL/MUNDO DO TRABALHO			
Situação Profissional*			
<input type="checkbox"/>	Não Informado	<input type="checkbox"/>	Nunca Trabalhou
<input type="checkbox"/>	Exerce Ativ. Não Remunerada	<input type="checkbox"/>	Trab. com Cart. Assinada
<input type="checkbox"/>	Ignorado	<input type="checkbox"/>	Não Trab. Atualmente
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Trab. Sem Cart. Assinada
Tem Currículo? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>			
Profissão que gostaria de seguir:			
Já Participou de algum Curso? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>			
Se sim, qual o Curso?			
Local do Curso:			
Cursos Anteriores:			
Turno: Manhã <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Noite <input type="checkbox"/>			
Certificação dos Cursos: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>			
Certificados:			

CRENÇA RELIGIOSA			
Crença Religiosa			
<input type="checkbox"/>	Católica	<input type="checkbox"/>	Espírita
<input type="checkbox"/>	Outras Religiosidades	<input type="checkbox"/>	Ignorado
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Protestante
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Nenhuma
Detalhes:			

RELAÇÕES AFETIVAS, DE AMIZADE E DE GÊNERO

Informações/Observações:

LAZER

Informações/Observações:

CULTURA

Informações/Observações:

ESPORTE

Informações/Observações:

SONDAGEM DAS APTIDÕES, HABILIDADE E MOTIVAÇÕES

Informações/Observações:

ATIVIDADES DE INTEGRAÇÃO FAMILIAR

Informações/Observações:

INCLUSÃO DA FAMÍLIA EM PROGRAMAS DO GOVERNO

Informações/Observações:

**CONSTRUINDO METAS COM O ADOLESCENTE A PARTIR DO ESTUDO DE CASO
DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DO ADOLESCENTE E AS PERCEPÇÕES DA EQUIPE**

Saúde:

Educação:

Iniciação Profissional/Mundo do Trabalho:

Crença Religiosa:

Relações Afetivas, de amizade e de gênero:

Cultura e Lazer:

Esporte:

Sondagem das Aptidões, Habilidades, Interesses e Motivações:

Atividades de Integração Familiar:

Inclusão da Família em Programas do Governo:

METAS CONSTRUÍDAS A PARTIR DE DEMANDAS/OBJETIVOS DECLARADOS PELO ADOLESCENTE

Saúde:

Educação:

Iniciação Profissional/Mundo do Trabalho:

Crença Religiosa:

Relações Afetivas, de amizade e de gênero:

Cultura e Lazer:

Esporte:

Sondagem das Aptidões, Habilidades, Interesses e Motivações:

Atividades de Integração Familiar:

Inclusão da Família em Programas do Governo:

ACOMPANHAMENTO DO PERCURSO DO ADOLESCENTE

Considerações da Equipe Multidisciplinar de Referência:

Registro de Incidentes disciplinares e/ou sanções e encaminhamentos adotados:

Visitas Familiares, Domiciliares e Telefonemas:

Registros de Fatos Positivos/Relevantes na evolução da MSE:

Atividades internas - participação em Assembléias, respeito as regras institucionais, atividades programadas pela equipe

Atividades externas - participação em atividades culturais, de lazer, esportivas e outras:

Atividades de Integração Familiar:

Medidas Especificas de Atenção à Saúde:

Parecer Técnico Interdisciplinar: