| **FICHA DE AVALIAÇÃO** |
| --- |
| Data da 1ª avaliação: Município da avaliação: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Porta de Entrada:** ( ) Conselho Tutelar ( ) Poder Judiciário ( ) Ministério Público ( )Defensoria PúblicaQual região/Vara?  |
| **DADOS PESSOAIS** |
| **Nome:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Data de nascimento:** \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.**Apelido:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Telefones de contato:** ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**E-mail**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Facebook/Redes sociais**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Filiação:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Referência familiar:** ( ) Mãe ( ) Pai ( ) Avós ( ) Tios ( ) Irmãos  ( ) Cônjuge/companheiro(a) ( ) Outros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Raça/Etnia:** ( ) Preta ( ) Parda ( ) Branca ( ) Amarela ( ) Indígena**Identidade de gênero**: ( ) Feminina ( ) Masculina ( ) Travesti ( ) Transexual (M ou F) ( ) Outros**Orientação sexual:** ( ) Homossexual ( ) Heterossexual ( ) Outros**Estado civil:** ( ) Solteiro(a) ( ) Casado(a) ( ) União Estável ( ) Divorciado(a) ( ) Separado(a) ( ) Viúvo(a)**Reside com a família?** ( ) Sim ( ) NãoSe não, com quem? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Quantas pessoas residem na casa? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Residência:** ( ) Própria ( ) Alugada ( ) CedidaEndereço completo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Renda Familiar:** ( ) Sem renda ( ) Até ¼ SM ( ) ¼ a ½ SM ( ) ½ a 1 SM ( ) 1 a 2 SM ( ) 2 a 3 SM ( ) 3 a 5 SM ( ) Acima de 5 SM **Recebe algum benefício?**  ( ) Não ( ) Sim Qual(is)? ( ) Bolsa Família ( ) BPC ( ) Outros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Quem é o beneficiário? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Valor do benefício: R$\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Situação Escolar:** Estuda atualmente? ( ) Não ( ) Sim Se sim, em qual escola? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Escolaridade:** **( )** Não alfabetizado**( )** 1° ano completo do ensino fundamental**( )** 2° ano completo do ensino fundamental**( )** 3° ano completo do ensino fundamental**( )** 4° ano completo do ensino fundamental**( )** 5° ano completo do ensino fundamental**( )** 6° ano completo do ensino fundamental**( )** 7° ano completo do ensino fundamental**( )** 8° ano completo do ensino fundamental**( )** 9° ano completo do ensino fundamental**( )** 1° ano completo do ensino médio**( )** 2° ano completo do ensino médio**( )** 3° ano completo do ensino médio**( )** Ensino Superior Incompleto**( )** Ensino Superior Completo**Documentos Pessoais (anexar cópia da documentação):** **( )** Certidão de Nascimento **( )** Carteira de Identidade **( )** CPF**( )** Título Eleitor **( )** Certificado de Reservista **( )** Carteira Profissional **( )** Cartão SUS |
| **DADOS DE SAÚDE** |
| Possui alguma deficiência? **( )**  Sim **( )** NãoSe sim, qual? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Possui algum transtorno mental? **( )**  Sim **( )**  NãoSe sim, qual? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Apresenta doença crônica (asma, epilepsia, diabetes, etc.)? **( )**  Sim **( )**  NãoSe sim, qual?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Faz algum tratamento de saúde ou usa medicação continuada? **( )**  Sim **( )**  NãoSe sim, onde/qual? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **QUALIFICAÇÃO DA SITUAÇÃO DE AMEAÇA** |
| **Qualificação do(a) ameaçador(a)** |
| **( )** Pessoa comum**( )** Pessoa com influência social**( )** Familiar**( )** Pessoa com envolvimento em atividades criminosas, salvo tráfico.**( )** Pessoa com envolvimento com o tráfico de drogas**( )** Integrante de corporação policial**( )** Representante do poder público:  ( ) Poder executivo ( ) Poder Legislativo ( ) Poder Judiciário ( ) Outro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Área de influência do(a) ameaçador(a)** |
| **( )** Nacional **( )** Estadual **( )** Municipal **( )** Bairro/Comunidade **( )** Local específico**( )** Outro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Informe o(s) local(is): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Motivo da ameaça** |
| **( ) Abrangência do Tráfico:**( ) Queima de arquivo ( ) Desejo de abandonar o tráfico( ) Envolvimento afetivo/amoroso ( ) Furtos em territórios dominados pelo tráfico( ) Disputa de Facções ( ) Delator ( ) Dívidas a partir do trabalho no tráfico ( ) Dívidas por consumo de drogas ( ) Outro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**( ) Vingança/Acerto de contas ( ) Estupro ( ) Violência Doméstica ( ) Policial** **( ) Condição de Testemunha ( ) Organização Criminosa ( ) Interesse Financeiro** **( ) Exploração Sexual ( ) Intolerância Religiosa ( ) Racismo ( ) LGBT-fobia** **( ) Outro:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Fatores de potencialização da ameaça** |
| **( )** Cometeu ato infracional/crime/contravenção**( )** Existência de ameaças anteriores**( )** Parentesco/afinidade do ameaçador com pessoas com alto poder de persecução**( )** A ação que motivou a ameaça casou comoção social**( )**  A pessoa ameaçada apresenta frequência de ações de exposição ao risco**( )** Combinação dos fatores que levam à necessidade de transferência, independente da área de influência do ameaçador. |
| **Função do(a) ameaçador(a) no tráfico** |
| **( )** Olheiro/fogueteiro **( )** Vapor/Vendedor **( )** Soldado **( )** Fiel/braço direito **( )** Dono/Gerente **( )** Usuário**( )** Outra: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Função do(a) ameaçado(a) no tráfico** |
| **( )** Olheiro/fogueteiro **( )** Vapor/Vendedor **( )** Soldado **( )** Fiel/braço direito **( )** Dono/Gerente **( )** Usuário**( )** Outra: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Já foi ameaçado anteriormente? **( )** Sim **( )**  NãoSe sim, foi pelo mesmo motivo? **( )**  Sim **( )** NãoSe o motivo foi outro, relate como foi e o que fez?  |
| **Avaliação de meios convencionais para neutralização da ameaça** |
| **( )**  Retaguarda familiar **( )** Articulação com a rede socioassistencial local (serviços de acolhimento) **( )** Articulação com o SGD **( )** Outros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **RELATO DA ENTREVISTA** |
|  |

Por ser verdade, assinam os presentes:

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

Ameaçado(a)

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

Responsável legal

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

Porta de Entrada

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

PPCAAM