



Profissional responsável: _____ Data ____/____/____

IDENTIFICAÇÃO DO PROCESSO	
Número do processo:	
Medida aplicada: () Execução Penal () Medida Protetiva de Urgência	
Juízo:	

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO	
Nome:	
Idade:	Data de nascimento: ____/____/____
Nacionalidade:	Naturalidade:
Bairro em que reside:	
Telefone de contato:	
Contato para recados (Nome / telefone):	
Raça/etnia: () Branca () Preta () Parda () Indígena () Amarela	
Status de relacionamento atual: () Solteiro () Namorando () Noivo () Casado () Separado () União estável () Divorciado () Viúvo	
Estado civil: () Solteiro () União Estável () Casado () Divorciado () Viúvo	
Orientação sexual: () Heterossexual () Bissexual () Homossexual () Outro _____	
Religião:	

SITUAÇÃO PROFISSIONAL	
Profissão:	
Exerce alguma atividade remunerada? SIM () NÃO ()	

Situação ocupacional:

- Desempregado (há quanto tempo?) _____
 Aposentado ou pensionista
 Empregador
 Estudante
 Autônomo com INSS sem INSS
 Empregado com carteira sem carteira
 Funcionário público
 Trabalhador do lar com remuneração sem remuneração
 Outros: _____

Jornada de trabalho:
SITUAÇÃO EDUCACIONAL
Qual seu grau de instrução? (grau completo/incompleto)

- Não alfabetizado
 Alfabetizado
 Fundamental incompleto
 Fundamental completo
 Médio incompleto
 Médio completo
 Superior incompleto
 Superior completo - formação _____

Estuda atualmente (série ou formação):
Horário:
Apresenta dificuldades de leitura, escrita, compreensão:
Tem desejo/demanda por voltar a estudar:
SITUAÇÃO FAMILIAR
Quem reside com você?
Filhos: SIM NÃO

Idade(s):	Moram com quem:

Moradia: () própria quitada () própria financiada () alugada () cedida () ocupação irregular
() outra: _____

Acompanhado por algum programa do governo: () SIM () NÃO

- () Bolsa família
- () Leite das Crianças
- () Cartão Comida Boa
- () Aluguel Social
- () Isenção de tarifa de luz
- () Isenção de tarifa de água
- () Isenção do IPTU
- () Benefício de Prestação Continuada (BPC)
- () Outros: _____

HISTÓRICO DE SAÚDE

Apresenta algum problema de saúde: () SIM () NÃO

Qual: _____

Uso de álcool: () SIM () NÃO

Qual/quais:

Frequência:

Uso de drogas? () SIM () NÃO

Qual/quais:

Frequência:

Faz uso de alguma medicação: () SIM () NÃO

Qual: _____

Pessoa com deficiência: () SIM () NÃO

Qual: _____

Faz ou fez tratamento psicológico e/ou psiquiátrico: () SIM () NÃO

Internação relevante no último ano?

SAÚDE MENTAL () SIM () NÃO

DROGAS () SIM () NÃO

Demanda por algum tratamento? () SIM () NÃO

Qual: _____

INFORMAÇÕES

A mulher que o denunciou é sua:

No momento da ocorrência que gerou a denúncia, ela era sua:

Tem filhos com ela: () SIM () NÃO

Com quem eles moram?

Você já participou anteriormente de outros Grupos Reflexivos: () SIM () NÃO

Você já foi denunciado por violência doméstica por outra mulher? () SIM () NÃO
Quantas vezes?

OUTRAS INFORMAÇÕES

Já respondeu a outros processos criminais? (descreva)

Já foi recolhido no sistema prisional ou em delegacia? Por quê?

Já foi chamado no Conselho Tutelar? Por quê?

Em algum momento da sua vida você lembra de ter presenciado violência doméstica e familiar por alguém da sua família?

Possui porte de arma: SIM () NÃO ()

Encaminhamentos:

Profissional responsável pelo atendimento:

Assinatura:

Curitiba, ____ / ____ / ____