



TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO AMAZONAS
Av. André Araújo, S/N - Bairro Aleixo - CEP 69060-000 - Manaus - AM - www.tjam.jus.br

ANEXO**ANEXO 2 - FORMULÁRIO DE ENTREVISTA AOS RESPONSÁVEIS PELOS FILHOS DAS MULHERES PRIVADAS DE LIBERDADE****APRESENTAÇÃO**

Bom dia! Me chamo _____, sou _____ (profissão) e gostaria de realizar uma entrevista com você para o projeto “Protegendo Filhos, Transformando Vidas”, da Coordenadoria da Infância e Juventude do Tribunal de Justiça do Amazonas (TJAM). O projeto visa garantir os direitos de crianças e adolescentes, filhos de mulheres privadas de liberdade. Dentre as ações do projeto citamos: ação de regularização de guarda, reconhecimento de paternidade, ações de alimentos, emissão de documentação como Certidão de Nascimento, RG, CPF, Carteira de Trabalho, encaminhamentos para o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), encaminhamento para cursos profissionalizantes e culturais, viabilização de encontros mães e filhos, ação social de saúde, dentre outros.

Data:

Mês, dia, ano

Local da entrevista:

☐ Visita domiciliar☐ Atendimento social☐ Outros... _____

Nome da genitora (reclusa):

Declaração:

☐ Declaro para os devidos fins que as informações apresentadas neste formulário são verdadeiras e autênticas.

Autorização:

☐ Autorizo que as minhas respostas a este formulário sejam divulgadas pela Coordenadoria da Infância e Juventude - Coij/Tjam, visando a melhoria das condições de vida dos usuários do Projeto. A Coordenadoria resguarda o sigilo das informações.**SITUAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES**

Quem é o responsável pelas crianças e adolescentes, filhos de mulheres privadas de liberdade:

☐ A própria genitora☐ Avó materna☐ Avô paterna☐ Tio materno☐ Tia materna☐ Irmã(o)☐ Outros... _____

Nome completo do responsável:

Idade do responsável:

Tempo de convivência com a criança/ adolescente:

Estado Civil:

☐ Casado (com certidão de casamento)☐ Solteiro☐ Divorciado (judicialmente)☐ Viúva

- ☐ União estável (com documento expedido pelo Cartório)
- ☐ Companhia ou amasiada (sem documento oficial)
- ☐ Outros... _____

Cor ou Raça (conforme classificação do IBGE):

- ☐ Branca
- ☐ Parda
- ☐ Preta
- ☐ Amarela
- ☐ Indígena
- ☐ Outros... _____

Religião:

- ☐ Católica
- ☐ Evangélica
- ☐ Sem religião
- ☐ Espírita
- ☐ Religião de matriz africana
- ☐ Outros... _____

Escolaridade:

- ☐ Ensino Fundamental incompleto
- ☐ Ensino Fundamental completo
- ☐ Ensino Médio completo
- ☐ Ensino Médio incompleto
- ☐ Ensino Superior completo
- ☐ Ensino Superior incompleto
- ☐ Outros... _____

Endereço de moradia/ bairro/ ponto de referência

Contato telefônico (se possível, mais de um número):

SITUAÇÃO SOCIOFAMILIAR

Com quem você mora? (especifique o nome - vínculo - idade - ocupação - renda:

Você recebe algum benefício socioassistencial:

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Outros... _____

Se sim, qual o nome do benefício socioassistencial e/ou previdenciário:

- ☐ Programa Bolsa Família
- ☐ Benefício de Prestação Continuada
- ☐ Outros... _____

Complemente informações sobre a condição socioeconômica e sociofamiliar:

SITUAÇÃO HABITACIONAL

Situação da casa:

- ☐ Própria

- ☐ Alugada
- ☐ Cedida
- ☐ Financiada
- ☐ Outros..._____

Tipo de habitação:

- ☐ Madeira
- ☐ Alvenaria
- ☐ Mista (madeira e alvenaria)
- ☐ Outros..._____

Número de cômodos:

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5
- ☐ Outros..._____

A rua é asfaltada:

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Outros..._____

A rua possui iluminação pública:

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Outros..._____

A energia elétrica é:

- ☐ Com contador
- ☐ Sem contador
- ☐ Outros..._____

Abastecimento de água é:

- ☐ Rede geral
- ☐ Poço
- ☐ Outros..._____

SITUAÇÃO DOS FILHOS - Protegendo filhos

Nome completo dos filhos abaixo de 17 anos - idade

Número de filhos de 0 a 2 anos:

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ Outros..._____

Número de filhos de 3 a 5 anos:

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ Outros..._____

Número de filhos de 6 a 8 anos:

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ Outros..._____

Número de filhos de 9 a 11 anos:

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ Outros..._____

Número de filhos de 12 a 14 anos:

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ Outros..._____

Número de filhos de 15 a 17 anos:

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ Outros..._____

Quem está se responsabilizando pelos seus filhos: especifique o nome, vínculo com a criança e se possui guarda legal. Ex. Criança 1 - Maria - Avó paterna - não possui guarda legal

Especifique a situação das crianças com relação à certidão de nascimento. Possui Certidão de Nascimento? Possui o nome do pai na certidão? Ex. Criança 1 - Sim - Não

As crianças possuem convivência com o genitor e o motivo e/ou informações relevantes: Ex. Criança 1 - não possui convivência - pai falecido

Especifique a situação das crianças com relação ao RG - CPF - CTPS. Possui RG? Possui CPF? Possui Carteira de trabalho? Ex. Criança 1 - Sim - Não - Não

Situação Escolar das crianças: Especifique a escolaridade, se está matriculado, nome da escola. Ex. Criança 1 - 4 ano EF - Sim - Esc. Mul. Maria José

Situação de saúde das crianças: Especifique situação de saúde, tipo de deficiência, tipo de doença, tipo de doença crônica*, se possui cartão de vacina, se frequenta o pediatra e onde. Ex. Criança 1 - boa saúde - não - possui cartão de vacina - sim, na UBS Miranda Leão. *Doenças crônicas são aquelas de progressão lenta e longa duração, que muitas vezes levamos por toda a vida. Podem ser silenciosas ou sintomáticas, comprometendo a qualidade de vida. Nos dois casos, representam risco para o paciente. (...). Entre as principais DCNT estão: doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas (bronquite, asma, DPO, rinite), hipertensão, câncer, diabetes e doenças metabólicas (obesidade, diabetes, dislipidemia)". Acesso em 26 de agosto in: <https://www.ladoaladopelavida.org.br/doencas-cronicas-o-que-e-doencas-autoadquiridas> (grifos nossos).

A(s) criança(s) e/ou adolescente(s) precisa(m) de acompanhamento psicológico? *Perguntar se a criança / adolescente demonstra problemas de autoestima e/ou mudança de comportamento/desempenho escolar após a prisão ou outro momento marcante e/ou interage bem com outras crianças.

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Outros..._____

Se sim, especifique o nome da criança e o motivo do acompanhamento psicológico:

Situação da guarda das crianças e adolescentes: (especifique nome da criança - responsável - vínculo - se possui guarda legal) Ex. Maria - Sr. João - tio materno - não possui guarda

Detalhe como está ocorrendo a convivência com a genitora?

REGISTRO DE INFORMAÇÕES/ OBSERVAÇÕES GERAIS:

LEVANTAMENTO DA DEMANDA PARA O PROJETO PROTEGENDO FILHOS:

Responsável pelo preenchimento do formulário (Cargo - Instituição):



Documento assinado eletronicamente por **Domingos Jorge Chalub Pereira, Presidente**, em 09/11/2021, às 09:07, conforme art. 1º, III, "a", da Lei 11.419/2006. N° de Série do Certificado: 4253403575168117555



Documento assinado eletronicamente por **JOANA DOS SANTOS MEIRELLES, Desembargadora de Justiça**, em 10/11/2021, às 12:25, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.



Documento assinado eletronicamente por **MARIA MIRTES SALES DE OLIVEIRA, Usuário Externo**, em 12/11/2021, às 15:32, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site https://sei.tjam.jus.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0 informando o código verificador **0328933** e o código CRC **B8CB67B9**.
