

Inspeção Anual - Acolhimento Familiar - 2023

Nota: Formulário aplicável às inspeções a serem realizadas a partir de março de 2023. Para consultar se este formulário está atualizado com a versão disponível no Sistema de Resoluções, acesse a seção “Fiscalizações” da página da CIJE, utilizando o endereço <https://cnmp.mp.br/cije>. Os campos assinalados com asteriscos são de preenchimento obrigatório.

1 - Identificação do Serviço

Segundo o documento Orientações Técnicas: Serviços de Acolhimento para Crianças e Adolescentes. Material elaborado pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS. Brasília-DF, Junho/2009: Este serviço de acolhimento é particularmente adequado ao atendimento de crianças e adolescentes cuja avaliação da equipe técnica do programa e dos serviços da rede de atendimento indique possibilidade de retorno à família de origem, ampliada ou extensa, salvo casos emergenciais, nos quais inexistam alternativas de acolhimento e proteção.

1.1. Coordenador (a) / Gerente: Cricila Aparecida Hillesheim _____ *

1.2. Instituição Mantenedora: Prefeitura Municipal de Presidente Getúlio – Serviço Família Acolhedora

1.3. Site/E-mail: assistenciasocial@presidentegetulio.sc.gov.br _____ *

1.4. Registro CMDCA: Nº 01 _____ *

Validade CMDCA: 09 de março de 2025 _____ *

1.5. Natureza jurídica:

☒ Governamental

☐ Não-governamental

1.6. Tipo de orientação religiosa da Instituição *

☐ Católica

☐ Evangélica

☐ Espírita

☐ Ecumênica

☒ Não

possui ☐ Outra

Especifique: _____ *

1.7. Data da visita: 15/03/2024*

1.8. Visita realizada por: Bruna Vieira Pratts _____ *

1.9. Atendido(a) por: Cricila e Taise _____ *

2 - Características do Serviço

Caso o estabelecimento esteja vazio, marque esta opção ☐

2.1. Observações

Nota: Caso o estabelecimento esteja vazio, o formulário habilitará apenas este campo na seção.

Município não possui CREAS, assim a demanda é atendida na gestão da Secretaria Municipal de Assistência Social

2.1. O Programa de acolhimento familiar recebe suporte técnico-operacional do CREAS existente no Município ou na região? (x_) Sim () Não *

2.2. O serviço possui Projeto Político-Pedagógico/Plano de Trabalho? (x_) Sim () Não * Plano em finalização

2.3. A entidade que desenvolve o programa de acolhimento familiar oferece outros serviços? (x_) Sim () Não *

2.3.1. Em caso positivo, especificar:

Orientação e apoio sociofamiliar [x_]

Apoio socioeducativo em meio aberto (serviço de convivência) [x_]

Acolhimento institucional [__x]

Medida socioeducativa em meio aberto [x_]

Outros (outros serviços socioassistenciais previsto na Proteção Social Especial de média complexidade). [x_]

Outros (especifique): _____ *

2.4. Número de famílias acolhedoras cadastradas no programa: 07_____ *

2.5. Número de famílias acolhedoras em atuação: 02_____ *

2.6. As famílias acolhedoras recebem auxílio financeiro? (x_) Sim () Não *

2.7. As famílias acolhedoras têm capacitação inicial para o exercício da função? (x_) Sim () Não *

Segundo o documento Orientações Técnicas: Serviços de Acolhimento para Crianças e Adolescentes. Material elaborado pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS. Brasília-DF, Junho/2009:

As famílias acolhedoras são selecionadas, capacitadas e acompanhadas pela equipe técnica do Serviço de Acolhimento para que possam acolher crianças ou adolescentes em medida de proteção aplicada por autoridade competente, a qual encaminha a criança/adolescente para inclusão nesse serviço, competindo ao mesmo a indicação da família que esteja disponível e em condições para acolhê-lo.

2.8. Existe programa de capacitação continuada? (x_) Sim () Não *

2.9. Número de famílias natural ou extensa acompanhadas pelo programa: 02_____ *

2.10. Número de crianças ou adolescentes acolhidos na data do preenchimento do formulário: 03____*

Segundo o documento Orientações Técnicas: Serviços de Acolhimento para Crianças e Adolescentes. Material elaborado pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS. Brasília-DF, Junho/2009:

Cada família acolhedora deverá acolher uma criança/adolescente por vez, exceto quando se tratar de grupo de irmãos, quando esse número poderá ser ampliado. Neste último caso, em se tratando de grupo de mais de dois irmãos, deverá haver uma avaliação técnica para verificar se o acolhimento em família acolhedora é a melhor alternativa para o caso, ou se seria mais adequado o acolhimento em outra modalidade de serviço, como Casa-lar, por exemplo. A decisão fica a critério da avaliação da equipe técnica do programa, como também da disponibilidade da família em acolher.

3 - Recursos Humanos

Segundo o documento Orientações Técnicas: Serviços de Acolhimento para Crianças e Adolescentes. Material elaborado pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS. Brasília-DF, Junho/2009:

Coordenador

Perfil: Formação Mínima: Nível superior e experiência em função congênere. Amplo conhecimento da rede de proteção à infância e juventude, de políticas públicas e da rede de serviços da cidade e região. Quantidade: 1 profissional por serviço.

Equipe Técnica

Perfil: Formação Mínima: Nível superior. Experiência no atendimento a crianças, adolescentes e famílias em situação de risco. Quantidade: 2 profissionais para o acompanhamento de até 15 famílias de origem e 15 famílias acolhedoras. Carga Horária Mínima Indicada: 30 horas semanais

Destaca-se a necessidade de flexibilidade nos horários de trabalho dos profissionais, para atendimento às peculiaridades desta modalidade de atendimento (possível necessidade de atendimento fora do horário comercial).

3.1. Observações

Nota: Caso o estabelecimento esteja vazio, o formulário habilitará apenas este campo na seção.

3.1. Especificar a quantidade de profissionais que atuam no programa: 02____*

3.1.1. Para cada profissional, especificar: Nome; Função; Escolaridade; Regime; Horário; Eventuais Observações. *

Cricila Aparecida Hillesheim/Assistente Social/Pós graduada/ efetiva – 35 horas de segunda a quinta feira das 8:00 as 12:00 e das 13:00 as 16:30 horas.

Taise Visentainer/psicóloga/graduada/efetiva – 20 horas de segunda a sexta feira das 8:00 as 12:00 horas.

3.2. O quantitativo de funcionários atende a demanda? (x_) Sim () Não *

4 - Perfil dos Usuários

4.1. Observações

Nota: Caso o estabelecimento esteja vazio, o formulário habilitará apenas este campo na seção.

Os usuários neste momento são crianças em reintegração familiar e possibilidade de destituição do poder familiar

4.1. Público-Alvo (caso seja ambos, marque as duas opções):

Masculino [x_]

Feminino [x_]

4.2. Faixa etária atendida:

Masculino:

0 a 5 (Masculino) _____ *

6 a 11 (Masculino) 2 _____ *

12 a 15 (Masculino) _____ *

16 a 18 (Masculino) _____ *

Feminino:

0 a 5 (Feminino) 1 _____ *

6 a 11 (Feminino) _____ *

12 a 15 (Feminino)_____ *

16 a 18 (Feminino)_____ *

4.3. Há limite para o número de crianças ou adolescentes, por família acolhedora?
(x_) Sim () Não *

4.3.1. Em caso positivo, quantos? * Um por família, salvo quando grupo de irmãos ou avaliação técnica.

4.4. Há criança ou adolescente em família acolhedora cujo(s) irmão(s) esteja(m) convivendo com a família de origem? (x_) Sim () Não *

4.5. Há criança ou adolescente em família acolhedora cujo(s) irmão(s) esteja(m) em acolhimento institucional? (x_) Sim () Não *

4.6. Há grupos de irmãos em famílias acolhedoras distintas? () Sim (x_) Não *

4.7. Há crianças ou adolescentes acolhidos oriundos de outros Municípios? () Sim (x_) Não *

4.8. Há criança ou adolescente que não possui referência familiar e comunitária?
() Sim (x_) Não *

4.8.1. Em caso positivo, Quantos? _____ *

4.9. Há criança ou adolescente que possui família, mas não mantém contato com ela?
(x_) Sim () Não *

4.9.1. Em caso positivo, Quantos? 02 _____ *

4.10. Qual o tempo médio de permanência no Serviço?

() Até 45 dias

() 45 dias a 3 meses

(x_) 3 a 6 meses

() 6 meses a 1 ano

() 1 a 2 anos

() 2 a 5 anos

() Mais de 5 anos

4.11. Há crianças ou adolescentes atendidos com as seguintes especificidades? Em caso afirmativo, informe a quantidade:

Deficiência mental [x_]

Quantidade (Deficiência mental): 03 sem
laudo, em processo de diagnóstico.

Deficiência sensorial []

Quantidade (Deficiência sensorial): _____ *

Deficiência física []

Quantidade (Deficiência física): _____ *

Dependência química []

Quantidade (Dependência Química): _____ *

Adolescente gestante [___]

Quantidade (Adolescente gestante): _____ *

Adolescente com filho [___]

Quantidade (Adolescente com filho): _____ *

Adolescente em cumprimento de medida socioeducativa [___]

Quantidade (Adolescente em cumprimento de medida socioeducativa): _____ *

Usuário procedente de outro município [___]

Quantidade (Usuário procedente de outro município): _____ *

4.12. Todas as crianças ou adolescentes inseridos no programa de acolhimento familiar possuem:

4.12.1. Guia de acolhimento: (___x) Sim (___) Não *

4.12.1.1. Em caso negativo, especificar quantos não possuem: _____ *

4.12.2. Plano Individual de Atendimento (PIA): (x___) Sim (___) Não *

4.12.2.1. Em caso negativo, especificar quantos não possuem: _____ *

Segundo o documento Orientações Técnicas: Serviços de Acolhimento para Crianças e Adolescentes. Material elaborado pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS. Brasília-DF, Junho/2009: Dentro da sistemática jurídica, este tipo de acolhimento é feito por meio de um termo de guarda provisória, solicitado pelo serviço de acolhimento e emitido pela autoridade judiciária para a família acolhedora previamente cadastrada. A guarda será deferida para a família acolhedora indicada pelo serviço, terá sempre o caráter provisório e sua manutenção deve estar vinculada à permanência da família acolhedora no serviço. O termo de guarda deve ser expedido imediatamente à aplicação da medida protetiva e início do acolhimento.

5 - Reinserção Familiar e Comunitária

5.1. Observações

Nota: Caso o estabelecimento esteja vazio, o formulário habilitará apenas este campo na seção.

5.1. Há dias estabelecidos para que as crianças ou adolescentes recebam visitas dos familiares? (x___) Sim (___) Não *

5.2. As crianças ou adolescentes passam finais de semana, férias ou feriados com suas famílias de origem durante o processo de reinserção familiar e comunitária? (☒ **x**)
Sim(☐) Não *

5.3. São promovidos encontros entre as famílias acolhedoras e as famílias dos acolhidos? (☒ **x**) Sim (☐) Não *

5.4. Quais são as ações desenvolvidas pelos profissionais do Serviço?

Apoio financeiro às famílias de origem [☒ **x**] Através dos benefícios eventuais, seguindo a Lei deste.

Auxílio transporte para realização das visitas da família de origem à criança ou adolescente [☒ **x**]

Apoio material (cesta básica, medicamentos etc.) à família de origem [☒ **x**]

Assistência Jurídica [☐]

Encaminhamento para serviços de saúde mental (álcool/drogas) [☒ **x**]

Encaminhamento para programas de auxílio e proteção à família [☒ **x**]

Reuniões ou grupos socioeducativos [☐]

Encaminhamento para atendimento psicológico [☒ **x**]

Outros [☐]

Especificar: _____ *

5.5. Há parcerias com outros órgãos ou instituições visando a reinserção familiar? (☒ **x**) Sim (☐) Não *

5.6. Há atividades de fomento à autonomia e independência dos adolescentes que estão prestes a completar a maioridade? (☒ **x**)

5.7. _____) Sim (☐) Não *

6 - Considerações Finais e Pós-Inspeção

6.1 - O membro confirma que esteve presencialmente nos locais inspecionados? (☐)
Sim (☐) Não *

Nota: Art. 1º da Resolução CNMP nº 71/2011.

6.1.1 - Indique a justificativa para a inspeção realizada à distância, descrevendo brevemente a estratégia e as ferramentas de tecnologia empregadas, indicando também eventual ato local que autorize e regule essa modalidade de atuação.

6.2 - A inspeção está vinculada a Procedimento Administrativo? (☐) Sim (☐) Não *

Nota: "O procedimento administrativo é o instrumento próprio da



atividade-fim destinado a [...] acompanhar e fiscalizar, de forma

continuada, políticas públicas ou instituições”. (Art. 8º, II, da Resolução CNMP nº 174/2015)

6.2.1 - Informe o número do procedimento:

*

6.3 - A inspeção foi acompanhada por equipe interdisciplinar? () Sim () Não *

Nota: Art. 1º, § 4º, da Resolução CNMP nº 71/2011.

6.3.1 - Se houve acompanhamento por equipe interdisciplinar, indique as áreas de especialização de todos os profissionais que participaram da inspeção:

6.3.1.1 - Serviço Social []

6.3.1.2 - Psicologia []

6.3.1.3 - Pedagogia []

6.3.1.4 - Engenharia []

6.3.1.5 - Arquitetura []

6.3.1.6 - Nutrição []

6.3.1.7 - Outra área de especialização []

6.3.1.7.1 - Especificar a outra área de especialização:

*

6.3.2 - Anexar parecer. *

Nota: Este campo do formulário aceita um único arquivo de até 5MB (cinco megabytes) no formato jpg, gif, png, bmp, pdf, odt, doccx, zip ou rar. Caso queira anexar mais de um arquivo ou um arquivo com tamanho superior a 5MB, realize a compactação nas extensões zip ou rar.

6.3.3 - Em caso de não ter ocorrido o acompanhamento, houve solicitação de apoio não atendida pela Procuradoria-Geral de Justiça ou pelo Centro de Apoio Operacional? () Sim () Não *

6.3.3.1/2 - Indique as razões apresentadas pela Procuradoria-Geral de Justiça ou pelo Centro de Apoio Operacional para o não atendimento da solicitação ou, se não houve solicitação, justifique a decisão de não solicitar apoio técnico. *

6.4 - Após a inspeção, foram adotadas providências para a correção de eventuais irregularidades registradas neste formulário?

Nota: “Se no curso do procedimento administrativo surgirem fatos que demandem apuração criminal ou sejam voltados para a tutela dos interesses ou direitos difusos, coletivos ou individuais homogêneos, o membro do Ministério Público deverá instaurar o procedimento de investigação

pertinente ou encaminhar a notícia do fato e os elementos de informação a quem tiver atribuição”. (Art. 10 da Resolução CNMP nº 174/2015)

6.4.1 - Registro de Notícia de Fato () Sim () Não *

6.4.1.1 - Informe o número do procedimento:

_____ *

6.4.2 - Instauração de Procedimento Administrativo () Sim () Não *

6.4.2.1 - Informe o número do procedimento:

_____ *

6.4.3 - Instauração de Inquérito Civil ou de Procedimento Preparatório () Sim () Não *

6.4.3.1 - Informe o número do procedimento:

_____ *

6.4.4 - Expedição de Recomendação () Sim () Não *

6.4.4.1 - Informe o número do procedimento em que foi expedida:

_____ *

6.4.5 - Pactuação de Termo de Ajustamento de Conduta () Sim () Não *

6.4.5.1 - Informe o número do procedimento em que foi pactuado:

_____ *

6.4.6 - Realização de atos instrutórios extrajudiciais (requisições, oitivas, perícias etc.) () Sim () Não *

6.4.6.1 - Informe o número do procedimento em que foram realizados:

_____ *

6.4.7 - Ajuizamento de Representação para Apuração de Irregularidades em Entidade de Atendimento () Sim () Não *

6.4.7.1 - Informe o número do processo judicial:

_____ *

6.4.8 - Ajuizamento de Ação Civil Pública () Sim () Não *

6.4.8.1 - Informe o número do processo judicial:

_____ *

6.4.9 - Pactuação de Acordo Judicial () Sim () Não *

6.4.9.1 - Informe o número do processo judicial em que foi pactuado:

_____ *

6.4.10 - Manifestação em processo judicial em curso () Sim () Não *

6.4.10.1 - Informe o número do processo judicial:

_____ *

6.5 - Observações Gerais:

Nota: Este item pode ser utilizado para indicar as providências extrajudiciais ou judiciais adotadas antes da inspeção. Todas as providências adotadas com base nas irregularidades atuais devem ser

This image shows a full page of blank, lined paper. It features approximately 20 evenly spaced horizontal blue or grey lines across its entire width, typical of notebook paper. There are no margins, text, or other markings present.