

**ANEXO II**  
**FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE REORDENAMENTO (0 A 21 ANOS)**  
**As informações com (\*) são obrigatórias para a solicitação da vaga.**

<b>* DADOS DO CREAS SOLICITANTE (obrigatório)</b>		
CREAS SOLICITANTE	Clique ou toque aqui para inserir o texto.	
NOME DO SOLICITANTE	Clique ou toque aqui para inserir o texto.	
<b>* INFORMAÇÕES PARA RETORNO SOBRE A SOLICITAÇÃO</b>		
*Nome do solicitante:	Clique ou toque aqui para inserir o texto.	
*Telefone do solicitante:	Clique ou toque aqui para inserir o texto.	
*E-mail do solicitante	Clique ou toque aqui para inserir o texto.	
<b>* PERFIL DA SOLICITAÇÃO</b>		
<input type="checkbox"/> INDIVIDUAL		
<input type="checkbox"/> GRUPO DE IRMÃOS	*Obrigatório preencher formulário para os irmãos	
<b>* TIPO DE VAGA DE REORDENAMENTO SOLICITADA</b>		
<input type="checkbox"/> CASA LAR	<input type="checkbox"/> SAICA Regular	<input type="checkbox"/> REPÚBLICA JOVEM
<input type="checkbox"/> FAMÍLIA ACOLHEDORA	<input type="checkbox"/> SAICA 0 a 6 anos	
Há indicação de serviço específico? Qual? (Atenção: encaminhamento sujeito à disponibilidade de vagas) Clique ou toque aqui para inserir o texto.		
<b>IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA OU ADOLESCENTE</b>		
*Subprefeitura/território de referência da criança ou adolescente		
<input type="checkbox"/> Aricanduva	<input type="checkbox"/> Itaim Paulista	<input type="checkbox"/> Pirituba/Jaraguá
<input type="checkbox"/> Butantã	<input type="checkbox"/> Itaquera	<input type="checkbox"/> Santana
<input type="checkbox"/> Campo Limpo	<input type="checkbox"/> Jabaquara	<input type="checkbox"/> Santo Amaro
<input type="checkbox"/> Capela do Socorro	<input type="checkbox"/> Jaçanã/Tremembé	<input type="checkbox"/> São Mateus
<input type="checkbox"/> Casa Verde/Cachoeirinha	<input type="checkbox"/> Lapa	<input type="checkbox"/> São Miguel
<input type="checkbox"/> Cidade Ademar	<input type="checkbox"/> M' Boi Mirim	<input type="checkbox"/> Sapopemba
<input type="checkbox"/> Cidade Tiradentes	<input type="checkbox"/> Mooca	<input type="checkbox"/> Sé
<input type="checkbox"/> Ermelino Matarazzo	<input type="checkbox"/> Parelheiros	<input type="checkbox"/> Vila Maria/ Vila Guilherme
<input type="checkbox"/> Freguesia do Ó	<input type="checkbox"/> Penha	<input type="checkbox"/> Vila Mariana
<input type="checkbox"/> Guaianases	<input type="checkbox"/> Perus	<input type="checkbox"/> Vila Prudente
<input type="checkbox"/> Ipiranga	<input type="checkbox"/> Pinheiros	
Distrito de referência da criança ou adolescente: Clique ou toque aqui para inserir o texto.		
*Nome completo da criança/adolescente: Clique ou toque aqui para inserir o texto.		
Se possuir nome social, preencha: Clique ou toque aqui para inserir o texto.		
*Gênero: <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino	Identidade de gênero: <input type="checkbox"/> Cis <input type="checkbox"/> Trans/Travesti Nota: Cis é o indivíduo que se identifica com o sexo biológico com o qual nasceu. Trans é a pessoa que se identifica com um gênero diferente daquele que lhe foi dado no nascimento.	
*Data de nascimento: Clique ou toque aqui para inserir o texto.	Idade: Clique ou toque aqui para inserir o texto.	
*Nome da mãe: Clique ou toque aqui para inserir o texto.		
*A criança/adolescente tem algum tipo de deficiência? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		
Se sim, qual tipo de deficiência? (Inclua informações adicionais no campo "breve relato") Clique ou toque aqui para inserir o texto.		
Usa cadeira de rodas ou algum tipo de tecnologia assistiva? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		
Gestante? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		

MOTIVO DO REORDENAMENTO		
*Qual é o motivo do reordenamento? Selecione abaixo.		
<input type="checkbox"/> Proximidade com pais ou responsáveis	<input type="checkbox"/> Proteção da vida (sob ameaça no território atual)	<input type="checkbox"/> Reagrupamento de irmãos
Breve relato: (inclua informações resumidas sobre o caso) Clique ou toque aqui para inserir o texto.		
INFORMAÇÕES ADICIONAIS IMPORTANTES		
*Há processo na VIJ? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Se sim, qual? Clique ou toque aqui para inserir o texto.	
A criança/adolescente utiliza medicações de uso contínuo? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Se sim, quais? Clique ou toque aqui para inserir o texto.	
A criança/adolescente faz acompanhamento no CAPS? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		

	<b>FORMULÁRIO DE DEVOLUTIVA DA SOLICITAÇÃO</b>  <i>(Preenchimento exclusivo da Central de Vagas)</i>	<b>NÚMERO DO PROTOCOLO:</b> Clique ou toque aqui para inserir o texto.	<b>DATA DE SOLICITAÇÃO:</b> Clique ou toque aqui para inserir o texto.
			<b>HORÁRIO DE RECEBIMENTO:</b> Clique ou toque aqui para inserir o texto.
<b>STATUS</b>	<input type="checkbox"/> <b>DEFERIDO</b>	<input type="checkbox"/> <b>INDEFERIDO</b>	
Clique ou toque aqui para inserir o texto.			