

**ANEXO I**

**FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE VAGA DE ACOLHIMENTO (0 A 21 ANOS)**

As informações com (\*) são obrigatórias para a solicitação da vaga.

<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.		
Endereço de referência da criança/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.		
RG: Clique ou toque aqui para inserir o texto.	CPF: Clique ou toque aqui para inserir o texto.	
Certidão de Nascimento: Clique ou toque aqui para inserir o texto.	CÓDIGO DO CIDADÃO (SISA): Clique ou toque aqui para inserir o texto.	
Se estrangeiro, informe o RNE: Clique ou toque aqui para inserir o texto.	Se estrangeiro, informe o Nº do passaporte: 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  <i>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.</i>	
*Data de nascimento Clique ou toque aqui para inserir o texto.	Idade: Clique ou toque aqui para inserir o texto.	
*Raça/Cor: <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Amarela	*Estado Civil: : <input type="checkbox"/> Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Viúvo(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Não informado	

\*Nome da mãe: Clique ou toque aqui para inserir o texto.

Breve relato: (inclua informações resumidas sobre o caso)

Clique ou toque aqui para inserir o texto.

**\* PERFIL DA SOLICITAÇÃO**

INDIVIDUAL

GRUPO DE IRMÃOS

*\*Obrigatório preencher formulário INDIVIDUAL para cada irmão*

\* Necessita de cuidados de terceiros? SIM NÃO

*Entende-se por cuidados de terceiros a necessidade de apoio para a realização de atividades da vida diária*

\* Se SIM, de quais tipos de cuidados o/a usuário necessita?

\*A criança/adolescente tem algum tipo de deficiência? SIM 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? SIM NÃO

Possui irmãos já acolhidos? SIM NÃO

Se sim, em qual (is) SAICA ou República? Clique ou toque aqui para inserir o texto.

Gestante? SIM NÃO

Tem filhos acolhidos? SIM NÃO

Se sim, em qual SAICA? Clique ou toque aqui para inserir o texto.

**\* ÓRGÃO SOLICITANTE**

CREAS

PODER JUDICIÁRIO

CONSELHO TUTELAR

SEAS

**INFORMAÇÕES PARA RETORNO SOBRE A SOLICITAÇÃO**

\*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.

**MOTIVO DO ACOLHIMENTO**

\*Qual é o motivo do acolhimento? (Selecione o principal motivo)

<input type="checkbox"/> Criança ou adolescente em situação de rua	<input type="checkbox"/> Estar em situação de negligência (abandono)	<input type="checkbox"/> Violência física (maus tratos)
<input type="checkbox"/> Violência sexual	<input type="checkbox"/> Violência psicológica	<input type="checkbox"/> Fragilidade de vínculos familiares
<input type="checkbox"/> Proteção da vida (PPCAAM)	<input type="checkbox"/> Exploração sexual	
<b>INFORMAÇÕES ADICIONAIS IMPORTANTES</b>		
Já esteve acolhido? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Se sim, em qual SAICA/República? Clique ou toque aqui para inserir o texto.	
*A criança/adolescente encontra-se ameaçado em algum território? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Se sim, em qual? Clique ou toque aqui para inserir o texto.	
*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>	<b>NÚMERO DO PROTOCOLO:</b>	<b>DATA DE SOLICITAÇÃO:</b>
	<i>(Preenchimento exclusivo da Central de Vagas)</i>	Clique ou toque aqui para inserir o texto.	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"/> DEFERIDO	<input type="checkbox"/> INDEFERIDO	

<b>ATENDIMENTO</b>	<b>ATENDENTE:</b>	<b>HORÁRIO DA DEVOLUTIVA:</b>
	Clique ou toque aqui para inserir o texto.	Clique ou toque aqui para inserir o texto.
Clique ou toque aqui para inserir o texto.		

## FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE VAGA DE ACOLHIMENTO (Mulheres)

As informações com (\*) são obrigatórias para a solicitação da vaga.

<b>IDENTIFICAÇÃO DA USUÁRIA</b>		
*Subprefeitura/território de referência da usuária		
<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 município: Clique ou toque aqui para inserir o texto.		
Endereço de referência da município: Clique ou toque aqui para inserir o texto.		
*Nome completo da município: Clique ou toque aqui para inserir o texto.		
Se possuir nome social, preencha: Clique ou toque aqui para inserir o texto.		
RG: Clique ou toque aqui para inserir o texto.	CPF: Clique ou toque aqui para inserir o texto.	
Certidão de Nascimento: Clique ou toque aqui para inserir o texto.	CÓDIGO DO CIDADÃO (SISA): Clique ou toque aqui para inserir o texto.	
Se estrangeiro, informe o RNE: Clique ou toque aqui para inserir o texto.	Se estrangeiro, informe o N° do passaporte: 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	
<i>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</i>		

	<i>diferente daquele que lhe foi dado no nascimento.</i>
*Data de nascimento Clique ou toque aqui para inserir o texto.	Idade: Clique ou toque aqui para inserir o texto.
*Raça/Cor: <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Amarela	*Estado Civil: : <input type="checkbox"/> Solteira <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Viúva <input type="checkbox"/> Divorciada <input type="checkbox"/> Não informado
*Nome da mãe: Clique ou toque aqui para inserir o texto.	
Acolhimento Sigiloso? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Tipologia de serviço: <input type="checkbox"/> CAEMSV <input type="checkbox"/> CAEM <input type="checkbox"/> República Adulto	

Breve relato: (inclua informações resumidas sobre o caso)

Clique ou toque aqui para inserir o texto.

<b>* PERFIL DA SOLICITAÇÃO</b>	
<input type="checkbox"/> INDIVIDUAL	<input type="checkbox"/> GRUPO FAMILIAR
Identificação dos filhos (as) – <i>Inserir apenas os filhos que serão acolhidos com a mãe</i>	
Nome completo: Clique ou toque aqui para inserir o texto.	Data de nascimento: Clique ou toque aqui para inserir o texto.
Nome completo: Clique ou toque aqui para inserir o texto.	Data de nascimento: Clique ou toque aqui para inserir o texto.
Nome completo: Clique ou toque aqui para inserir o texto.	Data de nascimento: Clique ou toque aqui para inserir o texto.
*A usuária necessita de cuidados de terceiros? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
<i>Entende-se por cuidados de terceiros a necessidade de apoio para a realização de atividades da vida diária</i>	
* Se SIM, de quais tipos de cuidados a usuária necessita?	
*A usuária e/ou seus filhos têm algum tipo de deficiência? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
Se sim, qual tipo de deficiência? ( <i>Inclua informações adicionais no campo ‘breve relato’</i> )	
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
Tem filhos acolhidos?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
		Se sim, em qual SAICA? Clique ou toque aqui para inserir o texto.
<b>* ÓRGÃO SOLICITANTE</b>		
<input type="checkbox"/> CREAS	<input type="checkbox"/> PODER JUDICIÁRIO	
<input type="checkbox"/> CENTRO POP	<input type="checkbox"/> SEAS	
<input type="checkbox"/> CDCM	<input type="checkbox"/> CRM	
<input type="checkbox"/> CCM	<input type="checkbox"/> CASA DA MULHER BRASILEIRA	
<input type="checkbox"/> CASA DE PASSAGEM	<input type="checkbox"/> NÚCLEO DE CONVIVÊNCIA PARA ADULTOS EM SITUAÇÃO DE RUA	
<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>MOTIVO DO ACOLHIMENTO</b>		
*Qual é o motivo do acolhimento? (Selecione o principal motivo)		
<input type="checkbox"/> Estar em situação de rua	<input type="checkbox"/> Dificuldade econômica do cidadão	<input type="checkbox"/> Fragilidade ou rompimento dos vínculos familiares
<input type="checkbox"/> Violência sexual	<input type="checkbox"/> Violência psicológica	<input type="checkbox"/> Violência física
<input type="checkbox"/> Violência doméstica	<input type="checkbox"/> Exploração sexual	<input type="checkbox"/> Violência patrimonial
<b>INFORMAÇÕES ADICIONAIS IMPORTANTES</b>		
Já esteve acolhido?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
		Se sim, em qual Serviço? Clique ou toque aqui para inserir o texto.
*A usuária encontra-se ameaçada em algum território?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
		Se sim, em qual? Clique ou toque aqui para inserir o texto.
A usuária (ou seus filhos) utiliza medicações de uso contínuo?	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	
		<input type="checkbox"/> NÃO
		Se sim, quais? Clique ou toque aqui para inserir o texto.
A usuária (ou seus filhos) faz acompanhamento no CAPS?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO

<b>FORMULÁRIO DE DEVOLUTIVA DA SOLICITAÇÃO</b>	<b>NÚMERO DO PROTOCOLO:</b>	<b>DATA DE SOLICITAÇÃO:</b>
		<b>HORÁRIO DE RECEBIMENTO:</b>
<i>(Preenchimento exclusivo da Central de Vagas)</i>		

<b>STATUS</b>	<input type="checkbox"/> <b>DEFERIDO</b>	<input type="checkbox"/> <b>INDEFERIDO</b>
<b>ATENDIMENTO</b>	<b>ATENDENTE:</b>	<b>HORÁRIO DA DEVOLUTIVA:</b>
Clique ou toque aqui para inserir o texto.		

## ANEXO II

### Formulário 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	<input type="checkbox"/> REPÚBLICA JOVEM
<input type="checkbox"/> FAMÍLIA ACOLHEDORA	<input type="checkbox"/> SAIC (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.
*Raça/Cor: <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Amarela		*Estado Civil: <input type="checkbox"/> Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Viúvo(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Não informado
*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? <i>(Inclua informações adicionais no campo "breve relato")</i>		
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		
* Necessita de cuidados de terceiros? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		
<i>Entende-se por cuidados de terceiros a necessidade de apoio para a realização de atividades da vida diária</i>		
* Se SIM, de quais tipos de cuidados o/a usuário necessita?		
Gestante?		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
<b>MOTIVO DO REORDENAMENTO</b>		
*Qual é o motivo do reordenamento? Selecione abaixo.		
<input type="checkbox"/> Proximidade com a família ou comunidade de referência	<input type="checkbox"/> Proteção da vida (sob ameaça no território atual)	<input type="checkbox"/> Reagrupamento de irmãos
<input type="checkbox"/> Destituição do poder familiar	<input type="checkbox"/> Sem perspectiva de	<input type="checkbox"/> Primeira infância (0 a 6 anos)

	retorno para a família ou adoção	
<input type="checkbox"/> Perspectiva de rápido retorno para a família	<input type="checkbox"/> Perspectiva de saída qualificada da rede socioassistencial	<input type="checkbox"/> Proximidade com o local de trabalho/estudo
Breve relato: (inclua informações resumidas sobre o caso)		
Clique ou toque aqui para inserir o texto.		
<b>INFORMAÇÕES ADICIONAIS IMPORTANTES</b>		
*Há processo na VIJ?		Se sim, qual? Clique ou toque aqui para inserir o texto.
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		
A criança/adolescente utiliza medicações de uso contínuo?		Se sim, quais? Clique ou toque aqui para inserir o texto.
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		
A criança/adolescente faz acompanhamento no CAPS? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		

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

### Formulário Solicitação de Reordenamento - Mulheres

As informações com (\*) são obrigatórias para a solicitação da vaga.

<b>* DADOS DO CREAS SOLICITANTE (obrigatório)</b>	
CREAS/CENTRO POP 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 FAMILIAR
Identificação dos filhos (as) – Inserir apenas os filhos que serão acolhidos com a mãe	
Nome Completo:	Data de nascimento:
Nome Completo:	Data de nascimento:
Nome Completo:	Data de nascimento:
<b>* TIPO DE VAGA DE REORDENAMENTO SOLICITADA</b>	
<input type="checkbox"/> CAE MULHERES	<input type="checkbox"/> REPÚBLICA <input type="checkbox"/> CAEMSV
Há indicação de serviço específico? Qual? <i>(Atenção: encaminhamento sujeito à disponibilidade de vagas)</i>	
Clique ou toque aqui para inserir o texto.	
<b>IDENTIFICAÇÃO DA USUÁRIA</b>	
*Subprefeitura/território de referência da usuária	
<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 usuária: Clique ou toque aqui para inserir o texto.	
*Nome completo:	Clique ou toque aqui para inserir o texto.
Se possuir nome social, preencha: Clique ou toque aqui para inserir o texto.	
RG: Clique ou toque aqui para inserir o texto.	CPF: Clique ou toque aqui para inserir o texto.
Certidão de nascimento: Clique ou toque aqui para inserir o texto.	CÓDIGO DO CIDADÃO (SISA): Clique ou toque aqui para inserir o texto.
Se estrangeiro, informe o RNE: Clique ou toque aqui para inserir o texto.	Se estrangeiro, informe o N° do passaporte: 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.	
*Raça/Cor: <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Amarela	*Estado Civil: : <input type="checkbox"/> Solteira <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Viúva <input type="checkbox"/> Divorciada <input type="checkbox"/> Não informado	
*Nome da mãe: Clique ou toque aqui para inserir o texto.		
*A usuária possui algum tipo de deficiência? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		
*A usuária necessita de cuidados de terceiros? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		
<i>Entende-se por cuidados de terceiros a necessidade de apoio para a realização de atividades da vida diária</i>		
* Se SIM, de quais tipos de cuidados a usuária necessita?		
Se sim, qual tipo de deficiência? <i>(Inclua informações adicionais no campo "breve relato")</i>		
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		
<b>MOTIVO DO REORDENAMENTO</b>		
*Qual é o motivo do reordenamento? Selecione abaixo.		
<input type="checkbox"/> Proximidade com a família ou comunidade de referência	<input type="checkbox"/> Proteção da vida (sigiloso)	<input type="checkbox"/> Perspectiva de saída qualificada da rede socioassistencial
<input type="checkbox"/> Proximidade com o local de trabalho/estudo/saúde		
Breve relato: (inclua informações resumidas sobre o caso)		
Clique ou toque aqui para inserir o texto.		
<b>INFORMAÇÕES ADICIONAIS IMPORTANTES</b>		
Já esteve acolhido? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		
Se sim, em qual Serviço? Clique ou toque aqui para inserir o texto.		
*A usuária encontra-se ameaçada em algum território? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		
Se sim, em qual? Clique ou toque aqui para inserir o texto.		

A usuária 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 usuária (ou seus filhos) faz acompanhamento no CAPS? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
Tem filhos acolhidos? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
Se sim, em qual SAICA? Clique ou toque aqui para inserir o texto.	

<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.		

**ANEXO III****FORMULÁRIO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIAS – CENTRAL DE VAGAS**

As informações com (\*) são obrigatórias

<b>*DATA DE OCORRÊNCIA</b>	<b>*HORA</b>	<b>*NOME DO ATENDENTE</b>	<b>*NOME DO SUPERVISOR</b>
Clique ou toque aqui para inserir o texto.	Clique ou toque aqui para inserir o texto.	Clique ou toque aqui para inserir o texto.	Clique ou toque aqui para inserir o texto.
<b>INFORMAÇÕES SOBRE A OCORRÊNCIA</b>			
<b>*TIPO DE SERVIÇO</b>	<b>* NOME DO SERVIÇO</b>	<b>ENDEREÇO DO SERVIÇO</b>	
Escolher um item.	Clique ou toque aqui para inserir o texto.	Clique ou toque aqui para inserir o texto.	
<b>SAS DE REFERÊNCIA</b>	<b>CREAS DE REFERÊNCIA</b>	<b>NOME DO GESTOR DA PARCERIA</b>	
<b>Clique ou toque aqui para inserir o texto.</b>	Clique ou toque aqui para inserir o texto.	Clique ou toque aqui para inserir o texto.	
<b>*DETALHAMENTO DA OCORRÊNCIA</b>			<b>*NÚMERO DO PROTOCOLO</b>
Clique ou toque aqui para inserir o texto.			Clique ou toque aqui para inserir o texto.