



TERMO DE ENCAMINHAMENTO À VARA DA INFÂNCIA E DA JUVENTUDE

À Vara da Infância e Juventude da Comarca de _____

Endereço: _____

Telefone: () _____

Conforme prevê o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Art. 19 A, encaminho a Sra. _____,

residente à _____

_____ Telefone _____

a fim de conhecer o "Programa Entrega Legal", bem como receber as devidas orientações e encaminhamentos para uma decisão consciente, pois manifesta dúvida se deseja permanecer com o bebê.

Deseja sigilo () Sim () Não

Há pai indicado: () Sim () Não

(Se sim, informar:)

Nome: _____

Endereço: _____

Telefone: () _____

Dados da família extensa (Se autorizado, informar):

Nome /Parentesco: _____

Endereço: _____

Telefone: () _____

Nome/Parentesco: _____

Endereço: _____

Telefone: () _____

Responsável pelo encaminhamento:

Nome: _____

Cargo/Função: _____

Local de Trabalho: _____

Telefone: () _____

E-mail: _____

Assinatura: _____

Local: _____ Data: ____/____/____

*Serviços de saúde deverão, se possível, encaminhar junto com esse formulário relatório informando sobre a situação de saúde da genitora (se há suspeita ou diagnóstico de depressão pós-parto ou psicose puerperal) e da criança.