



**TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE MINAS GERAIS – TJMG**

**COORDENADORIA DA INFÂNCIA E DA JUVENTUDE – COINJ**

**FORMULÁRIO DE FISCALIZAÇÃO DE SERVIÇO DE ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL**

**1. IDENTIFICAÇÃO DA FISCALIZAÇÃO:**

Data da fiscalização: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_\_

Comarca: \_\_\_\_\_

Unidade jurisdicional responsável: \_\_\_\_\_

Magistrado(a) responsável: \_\_\_\_\_

Equipe participante da fiscalização (nomes e cargos):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Forma da fiscalização: ( ) Presencial ( ) Remota ( ) Mista

**2. IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO DE ACOLHIMENTO**

Denominação do serviço: \_\_\_\_\_

Endereço completo: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Telefone(s): \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Órgão gestor/entidade responsável: \_\_\_\_\_

Responsável legal pelo serviço:

Nome: \_\_\_\_\_

Cargo/Função: \_\_\_\_\_

Formação profissional: \_\_\_\_\_

Tempo no cargo: \_\_\_\_\_

**3. CAPACIDADE E PERFIL DE ATENDIMENTO**

Capacidade total autorizada: \_\_\_\_\_

Número atual de crianças/adolescentes acolhidos: \_\_\_\_\_

Faixa etária atendida: \_\_\_\_\_

Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino ( ) Ambos

Há extrapolação da capacidade autorizada? ( ) Sim ( ) Não

Em caso positivo, justificar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS E DOCUMENTAIS**

Há ato formal de criação/credenciamento do serviço? ( ) Sim ( ) Não

O serviço encontra-se regularmente inscrito no CMDCA? ( ) Sim ( ) Não

Há alvará de funcionamento válido? ( ) Sim ( ) Não

Existem prontuários individuais atualizados para todos os acolhidos? ( ) Sim ( ) Não



Os prontuários contêm, no mínimo, guia de acolhimento, documentação pessoal, relatórios técnicos e PIA?

( ) Sim ( ) Não

Os Planos Individuais de Atendimento – PIA são elaborados e revisados periodicamente (mínimo trimestral)?

( ) Sim ( ) Não

Os PIAs são encaminhados ao Juízo da Infância e da Juventude? ( ) Sim ( ) Não

---

### 5. EQUIPE DE TRABALHO

Composição da equipe (informar quantidade, formação e carga horária):

Coordenação: \_\_\_\_\_

Assistente(s) social(is): \_\_\_\_\_

Psicólogo(s): \_\_\_\_\_

Pedagogo(s): \_\_\_\_\_

Educadores/cuidadores: \_\_\_\_\_

Outros profissionais: \_\_\_\_\_

A equipe técnica atende aos parâmetros das Orientações Técnicas e normativas vigentes?

( ) Sim ( ) Não

São realizadas capacitações periódicas da equipe?

( ) Sim ( ) Não Frequência: \_\_\_\_\_

Há atuação de voluntários? ( ) Sim ( ) Não

Em caso positivo, há termo formal de voluntariado e supervisão? ( ) Sim ( ) Não

---

### 6. ATENDIMENTO ÀS CRIANÇAS E ADOLESCENTES

As crianças e adolescentes possuem documentação civil regular?

( ) Sim ( ) Não

Recebem acompanhamento de saúde regular (atenção básica, especializada, CAPS, quando necessário)?

( ) Sim ( ) Não

Recebem acompanhamento psicológico ou psicossocial contínuo?

( ) Sim ( ) Não

Estão regularmente matriculados e frequentando a rede de ensino?

( ) Sim ( ) Não

Há ações de reforço escolar ou apoio pedagógico quando necessário?

( ) Sim ( ) Não

---

### 7. CONDIÇÕES FÍSICAS E ESTRUTURAIS DA UNIDADE

As instalações apresentam condições adequadas de:

Habitabilidade: ( ) Sim ( ) Não

Higiene: ( ) Sim ( ) Não



Salubridade: ( ) Sim ( ) Não

Segurança: ( ) Sim ( ) Não

Dormitórios, banheiros, cozinha, refeitório, áreas de convivência, lazer e estudo estão adequados?

( ) Sim ( ) Não

Observações sobre a estrutura física: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 8. CONVIVÊNCIA FAMILIAR E COMUNITÁRIA

São desenvolvidas ações sistemáticas para preservação e fortalecimento dos vínculos familiares?

( ) Sim ( ) Não

Há estímulo e organização de visitas familiares, quando autorizadas?

( ) Sim ( ) Não

O serviço atua de forma articulada com a rede de proteção (CRAS, CREAS, saúde, educação, etc.)?

( ) Sim ( ) Não

Há planejamento e acompanhamento dos processos de reintegração familiar, colocação em família substituta ou desligamento?

( ) Sim ( ) Não

\_\_\_\_\_

## 9. PREPARAÇÃO PARA ADOÇÃO

Os responsáveis pelo serviço e a equipe técnica demonstram qualificação para preparar crianças e adolescentes para adoção em qualquer modalidade de família, inclusive famílias homoafetivas e transfetivas?

( ) Sim ( ) Não

Há registros formais de atividades, orientações ou capacitações voltadas à não discriminação por orientação sexual ou identidade de gênero?

( ) Sim ( ) Não

Foram identificadas práticas discriminatórias, diretas ou indiretas, no atendimento ou preparo para adoção?

( ) Sim ( ) Não

Em caso positivo, houve comunicação ao Conselho Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente – CMDCA, nos termos do art. 90, §3º, II, do ECA?

( ) Sim ( ) Não ( ) Não se aplica

\_\_\_\_\_

## 10. REGISTROS, COMUNICAÇÕES E PROVIDÊNCIAS

Há relatórios periódicos sobre a situação das crianças e adolescentes acolhidos?

( ) Sim ( ) Não

Foram identificadas irregularidades que demandam providências do Juízo ou da rede de proteção?

( ) Sim ( ) Não

Providências recomendadas:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



### 11. FISCALIZAÇÃO MINISTÉRIO PÚBLICO

A instituição foi fiscalizada pelo Ministério Público? ( ) Sim ( ) Não

Quando foi realizada a última fiscalização pelo referido órgão?

\_\_\_\_\_

### 12. CONCLUSÃO DA FISCALIZAÇÃO

Avaliação geral do serviço:

( ) Adequado

( ) Adequado com ressalvas

( ) Inadequado

Síntese conclusiva:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Local e data: \_\_\_\_\_

Assinatura do(a) Magistrado(a): \_\_\_\_\_

Assinatura dos demais participantes: \_\_\_\_\_