

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
SECRETARIA NACIONAL DE JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE RECUPERAÇÃO DE ATIVOS E COOPERAÇÃO JURÍDICA INTERNACIONAL
AUTORIDADE CENTRAL ADMINISTRATIVA FEDERAL

XXII REUNIÃO DO CONSELHO DAS AUTORIDADES CENTRAIS BRASILEIRAS
OUTUBRO, 2019

RESOLUÇÃO N.º 21/ 2019

Aprova o formulário de Relatório Médico de crianças ou adolescentes em adoções internacionais.

O Conselho das Autoridades Centrais Brasileiras, no uso de suas atribuições, nos termos do Decreto nº 10.064, de 14 de outubro de 2019, em sua 22ª Assembleia Ordinária, realizada nos dias 24 e 25 de outubro de 2019, resolve:

Art. 1º. Aprovar o formulário de Relatório Médico de crianças ou adolescentes em adoções internacionais, na forma dos Anexos I e II desta Resolução.

Art. 2º. O formulário deverá ser firmado por médico designado pelo Juízo competente para realização da adoção internacional.

Art. 3º. O(s) pretendente(s) lançarão ciência ao conteúdo de referido relatório.

Art. 4º. Os Tribunais de Justiça Estaduais e do Distrito Federal adotarão regulamentação específica para implementação do quanto contido nesta Resolução.

Art. 5o. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

RELATÓRIO MÉDICO DA CRIANÇA OU ADOLESCENTE

ANEXO I

- Os Itens 1 e 2 devem ser preenchidos pela Autoridade Central Estadual ou Distrital de Adoção Internacional (CEJAs/CEJAIs)

1. Identificação da criança/adolescente

Dados pessoais

Nome da criança:
Data de nascimento:
Sexo:
Local de nascimento:
Nome da mãe:
Nome do pai:
Nome da instituição atual:
Acolhido desde:

2. Histórico de violência física, psíquica e/ou sexual

Existente Inexistente Desconhecido

Em caso positivo, descreva o(s) fato(s) ocorrido(s):

Assinado por:

Nome:
Cargo:

CEJA/ CEJAI

ANEXO II

- Os itens 3 e seguintes devem ser preenchidos exclusivamente pelo médico designado pelo Juízo

3. Avaliação médica da criança

Peso:

Altura:

Circunferência da cabeça:

3.1. Histórico de doenças

- Existente Inexistente

Em caso positivo, indicar a(s) doença(s) contraída(s), a idade, e se houve sequelas/complicações.

3.2. Histórico de cirurgias

- Existente Inexistente

Em caso positivo, indicar a(s) cirurgias(s), a idade, e se houve sequelas/complicações.

3.3. Histórico de vacinação (anexar cópia do Cartão de Vacinação, se disponível)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hepatite A | <input type="checkbox"/> Rotavírus humano (2ª dose) |
| <input type="checkbox"/> Hepatite B | <input type="checkbox"/> Febre amarela |
| <input type="checkbox"/> Bacilo Calmette-Guerin – BCG | <input type="checkbox"/> Tríplice viral (1ª dose) |
| <input type="checkbox"/> Penta (1ª dose) | <input type="checkbox"/> DTP (1º reforço) |
| <input type="checkbox"/> Penta (2ª dose) | <input type="checkbox"/> DTP (2º reforço) |
| <input type="checkbox"/> Penta (3ª dose) | <input type="checkbox"/> Tetraviral (dose única) |
| <input type="checkbox"/> Pneumocócita 10 Valente conjugada (1ª dose) | <input type="checkbox"/> Poliomielite 1,2 e 3 –VIP (1ª dose) |
| <input type="checkbox"/> Pneumocócita 10 Valente conjugada (2ª dose) | <input type="checkbox"/> Poliomielite 1,2 e 3 –VIP (2ª dose) |
| <input type="checkbox"/> Pneumocócita 10 Valente conjugada (reforço) | <input type="checkbox"/> Poliomielite 1 e 3 atenuada - VOP (1º reforço) |
| <input type="checkbox"/> Meningocócita C conjugada (1ª dose) | <input type="checkbox"/> Poliomielite 1,2 e 3 –VIP (3ª dose) |

- Meningocócita C conjugada (2ª dose)
- Meningocócita C conjugada (reforço)
- Rotavírus humano (1ª dose)
- Tuberculose (B.C.G.)
- Poliomielite 1 e 3 atenuada - VOP (2ª reforço)
- Varicela atenuada (dose única)
- HPV (1ª dose)
- HPV (2ª dose)

Outras:

3.4. Enfermidade atual

3.4.1. Doença infectocontagiosa

- Existente
- Inexistente
- Desconhecido

Em caso positivo, indicar a(s) doença(s) contraída(s), a idade, e se houve sequelas/complicações.

3.4.2. Doença crônica e/ou genética

- Existente
- Inexistente
- Desconhecido

Em caso positivo, indicar a(s) doença(s) contraída(s), a idade, e se houve sequelas/complicações.

3.4.3. Deficiência intelectual / Redução notável do funcionamento intelectual

- Existente
- Inexistente
- Desconhecido

Em caso positivo, indicar a(s) enfermidades(s) contraída(s), a idade, e se houve sequelas/complicações.

3.5. Episódios convulsivos

- Existente
- Inexistente
- Desconhecido

Em caso positivo, indicar a idade em que ocorreu e se houve sequelas/complicações.

3.6. Uso de medicamento(s)

Sim Não

Em caso positivo, indicar o(s) medicamento(s) e o motivo para o uso.

3.7. Tratamento hospitalar ou acompanhamento com profissional especializado

Sim Não Desconhecido

Em caso positivo, indicar a idade em que ocorreu e se houve sequelas/complicações.

3.8. Resultado de exame clínico e outras observações importantes

3.9. Anexos (opcional): Exames laboratoriais (Hemograma completo, toxoplasmose, sífilis, hepatite B, HIV e outros)

Data do relatório:

Assinatura e carimbo do médico examinador

CIENTE:

Assinatura do(s) pretendente(s)