

Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT.

| | | | | | | | | |
|---|--|---|--|---|--|--|--|-----------------------|
| Dados Gerais | 1 Tipo de Notificação 2 - Individual | | 2 Agravado/doença VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA | | Código (CID10) Y09 | | 3 Data da notificação | |
| | 4 UF | | 5 Município de notificação | | Código (IBGE) | | | |
| | 6 Unidade Notificadora <input type="checkbox"/> 1- Unidade de Saúde 2- Unidade de Assistência Social 3- Estabelecimento de Ensino 4- Conselho Tutelar 5- Unidade de Saúde Indígena 6- Centro Especializado de Atendimento à Mulher 7- Outros | | | | | | | |
| | 7 Nome da Unidade Notificadora | | | | Código Unidade | | 9 Data da ocorrência da violência | |
| | 8 Unidade de Saúde | | | | Código (CNES) | | | |
| | Notificação Individual | 10 Nome do paciente | | | | | | 11 Data de nascimento |
| 12 (ou) Idade <input type="checkbox"/> 1- Hora 2- Dia 3- Mês 4- Ano | | 13 Sexo M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino I - Ignorado | | 14 Gestante <input type="checkbox"/> 1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre 4- Idade gestacional ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado | | 15 Raça/Cor <input type="checkbox"/> 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado | | |
| 16 Escolaridade <input type="checkbox"/> 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica | | | | | | | | |
| 17 Número do Cartão SUS | | | | 18 Nome da mãe | | | | |
| 19 UF | | 20 Município de Residência | | Código (IBGE) | | 21 Distrito | | |
| 22 Bairro | | 23 Logradouro (rua, avenida,...) | | Código | | | | |
| Dados de Residência | 24 Número | | 25 Complemento (apto., casa, ...) | | 26 Geo campo 1 | | | |
| | 27 Geo campo 2 | | 28 Ponto de Referência | | 29 CEP | | | |
| | 30 (DDD) Telefone | | 31 Zona <input type="checkbox"/> 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado | | 32 País (se residente fora do Brasil) | | | |
| | Dados Complementares | | | | | | | |
| | 33 Nome Social | | | | 34 Ocupação | | | |
| | 35 Situação conjugal / Estado civil <input type="checkbox"/> 1 - Solteiro 2 - Casado/união consensual 3 - Viúvo 4 - Separado 8 - Não se aplica 9 - Ignorado | | | | | | | |
| 36 Orientação Sexual <input type="checkbox"/> 1-Heterossexual 2-Homossexual (gay/lésbica) | | 3-Bissexual <input type="checkbox"/> 8-Não se aplica 9-Ignorado | | 37 Identidade de gênero: <input type="checkbox"/> 1-Travesti 2-Mulher Transexual | | 3-Homem Transexual <input type="checkbox"/> 8-Não se aplica 9-Ignorado | | |
| 38 Possui algum tipo de deficiência/ transtorno? <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 9- Ignorado | | 39 Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno? <input type="checkbox"/> Deficiência Física <input type="checkbox"/> Deficiência visual <input type="checkbox"/> Transtorno mental <input type="checkbox"/> Outras _____ <input type="checkbox"/> Deficiência Intelectual <input type="checkbox"/> Deficiência auditiva <input type="checkbox"/> Transtorno de comportamento | | 1- Sim 2- Não 8-Não se aplica 9- Ignorado | | | | |
| Dados da Pessoa Atendida | 40 UF | | 41 Município de ocorrência | | Código (IBGE) | | 42 Distrito | |
| | 43 Bairro | | 44 Logradouro (rua, avenida,...) | | Código | | | |
| | 45 Número | | 46 Complemento (apto., casa, ...) | | 47 Geo campo 3 | | 48 Geo campo 4 | |
| | 49 Ponto de Referência | | 50 Zona <input type="checkbox"/> 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado | | 51 Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas) | | | |
| | 52 Local de ocorrência | | 04 - Local de prática esportiva | | 07 - Comércio/serviços | | 53 Ocorreu outras vezes? <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado | |
| | 01 - Residência | | 05 - Bar ou similar | | 08 - Indústrias/construção | | 54 A lesão foi autoprovocada? <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado | |
| 02 - Habitação coletiva | | 06 - Via pública | | 09 - Outro _____ | | | | |
| 03 - Escola | | | | 99 - Ignorado | | | | |

55 Essa violência foi motivada por: 01-Sexismo 02-Homofobia/Lesbofobia/Bifobia/Transfobia 03-Racismo 04-Intolerância religiosa 05-Xenofobia 06-Conflito geracional 07-Situação de rua 08-Deficiência 09-Outros _____ 88-Não se aplica 99-Ignorado

56 Tipo de violência 1- Sim 2- Não 9- Ignorado

Física Tráfico de seres humanos Intervenção legal

Psicológica/Moral Financeira/Econômica Outros _____

Tortura Negligência/Abandono Trabalho infantil _____

Sexual

57 Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado

Força corporal/espantamento Obj. perfuro-cortante Arma de fogo

Enforcamento Substância/Obj. quente Ameaça

Obj. contundente Envenenamento, Intoxicação Outro _____

58 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2 - Não 8 - Não se aplica 9- Ignorado

Assédio sexual Estupro Pornografia infantil Exploração sexual Outros _____

59 Procedimento realizado 1- Sim 2 - Não 8 - Não se aplica 9- Ignorado

Profilaxia DST Profilaxia Hepatite B Coleta de sêmen Contracepção de emergência

Profilaxia HIV Coleta de sangue Coleta de secreção vaginal Aborto previsto em lei

60 Número de envolvidos 1 - Um 2 - Dois ou mais 9 - Ignorado

61 Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida 1-Sim 2-Não 9-Ignorado

Pai Ex-Cônjuge Amigos/conhecidos Policial/agente da lei

Mãe Namorado(a) Desconhecido(a)

Padrasto Ex-Namorado(a) Cuidador(a) Própria pessoa

Madrasta Filho(a) Patrão/chefe Outros _____

Cônjuge Irmão(ã) Pessoa com relação institucional

62 Sexo do provável autor da violência 1 - Masculino 2 - Feminino 3 - Ambos os sexos 9 - Ignorado

63 Suspeita de uso de álcool 1- Sim 2 - Não 9- Ignorado

64 Ciclo de vida do provável autor da violência:

1-Criança (0 a 9 anos) 3-Jovem (20 a 24 anos) 5-Pessoa idosa (60 anos ou mais)

2-Adolescente (10 a 19 anos) 4-Pessoa adulta (25 a 59 anos) 9-Ignorado

65 Encaminhamento: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado

Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde, hospital, outras) Conselho do Idoso Delegacia de Atendimento à Mulher

Rede da Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) Delegacia de Atendimento ao Idoso Outras delegacias

Rede da Educação (Creche, escola, outras) Centro de Referência dos Direitos Humanos Justiça da Infância e da Juventude

Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras) Ministério Público Defensoria Pública

Conselho Tutelar Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente

66 Violência Relacionada ao Trabalho 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

67 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) 1- Sim 2 - Não 8 - Não se aplica 9- Ignorado

68 Circunstância da lesão CID 10 - Cap XX _____

69 Data de encerramento _____

Informações complementares e observações

Nome do acompanhante _____ Vínculo/grau de parentesco _____ (DDD) Telefone _____

Observações Adicionais:

Disque Saúde - Ouvidoria Geral do SUS 136

TELEFONES ÚTEIS Central de Atendimento à Mulher 180

Disque Direitos Humanos 100

Notificador Município/Unidade de Saúde _____ Cód. da Unid. de Saúde/CNES _____

Nome _____ Função _____ Assinatura _____