

FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA

DEFINIÇÃO DE CASO: Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, 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	3 Data da notificação Código (CID10) Y09	
	4 UF 5 Município de notificação	Código (IBGE)	
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	7 Data da ocorrência da violência Código (CNES)	
	8 Nome do paciente	9 Data de nascimento	
	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante 1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado
	13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado	14 Escolaridade 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 à 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	
15 Número do Cartão SUS	16 Nome da mãe		
Dados de Residência	17 UF 18 Município de Residência	19 Distrito Código (IBGE)	
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...) Código	
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)	24 Geo campo 1
	25 Geo campo 2	26 Ponto de Referência	27 CEP
	28 (DDD) Telefone	29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana 9 - Ignorado	30 País (se residente fora do Brasil)
	Dados Complementares		
	Dados da Pessoa Atendida	31 Nome Social	32 Ocupação
33 Situação conjugal / Estado civil 1 - Solteiro 2 - Casado/união consensual 3 - Viúvo 4 - Separado 8 - Não se aplica 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>			
34 Orientação Sexual 1-Heterossexual 2-Homossexual (gay/lésbica)		35 Identidade de gênero: 1-Travesti 2-Mulher Transexual	3-Homem Transexual 8-Não se aplica 9-Ignorado
36 Possui algum tipo de deficiência/ transtorno? 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/>	37 Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno? 1- Sim 2- Não 8-Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Transtorno mental <input type="checkbox"/> Outras deficiências/ <input type="checkbox"/> Mental <input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> Transtorno de comportamento <input type="checkbox"/> Síndromes _____		
Dados da Ocorrência	38 UF 39 Município de ocorrência	40 Distrito Código (IBGE)	
	41 Bairro	42 Logradouro (rua, avenida,...) Código	
	43 Número	44 Complemento (apto., casa, ...)	45 Geo campo 3
	46 Geo campo 4	47 Ponto de Referência	
	48 Zona 1 - Urbana 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana 9 - Ignorado	49 Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)	
	50 Local de ocorrência 01 - Residência 02 - Habitação coletiva 03 - Escola 04 - Local de prática esportiva 05 - Bar ou similar 06 - Via pública 07 - Comércio/serviços 08 - Indústrias/construção 09 - Outro _____ 99 - Ignorado	51 Ocorreu outras vezes? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>	
52 A lesão foi autoprovocada? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>			

53 Essa violência foi motivada por: 01-Sexismo 02-Homofobia/Lesbofobia/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

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

Física Tráfico de seres humanos

Psicológica/Moral Financeira/Econômica Intervenção legal

Tortura Negligência/Abandono Outros _____

Sexual Trabalho infantil _____

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

Força corporal/espâncamento Obj. pênfuro-cortante Arma de fogo

Enforcamento Substância/Obj. quente Ameaça

Obj. contundente Envenenamento Outro _____

56 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 _____

57 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

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

59 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

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

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

62 Ciclo de vida do provável autor da agressão:

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

63 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

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

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

66 Circunstância da lesão CID 10 - Cap XX

67 Data de encerramento

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|

Informações complementares e observações

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

Observações Adicionais:

Disque-Saúde 0800 61 1997

TELEFONES ÚTEIS Central de Atendimento à Mulher 180

Disque-Denúncia - Combate ao Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes 100

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

Nome _____ Função _____ Assinatura _____