



## ANEXO 1

### TERMO DE RELATO CIRCUNSTANCIADO

IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO: \_\_\_\_\_

Eu, \_\_\_\_\_, brasileira, \_\_\_\_ anos, portadora do documento de identificação tipo \_\_\_\_\_, número \_\_\_\_\_, declaro que no dia \_\_/\_\_/\_\_, no endereço \_\_\_\_\_ (ou proximidades – indicar ponto de referência) \_\_\_\_\_, fui vítima de crime de violência sexual, nas seguintes circunstâncias:

\_\_\_\_\_.

#### Em caso de agressor(es) desconhecido(s):

Declaro, ainda, que fui agredida e violentada sexualmente por \_\_\_\_ homem de aproximadamente \_\_\_\_ anos, raça/cor \_\_\_\_\_, cabelos \_\_\_\_\_, trajando (calça, camisa, camisetas, tênis e outros), outras informações (alcoolizado, drogado, condutor do veículo tipo) \_\_\_\_\_.

O crime foi presenciado por (se houver testemunha) \_\_\_\_\_.

#### Em caso de agressor(es) conhecido(s):

Declaro, ainda, que fui agredida e violentada sexualmente por (informação opcional) \_\_\_\_\_, sendo meu/minha \_\_\_\_\_ (indicar grau de parentesco ou de relacionamento social e afetivo), com \_\_\_\_ anos de idade e que no momento do crime encontrava-se/ou não (alcoolizado/drogado).

O crime foi presenciado por (se houver testemunha) \_\_\_\_\_.

É o que tenho/temos a relatar.

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

\_\_\_\_\_  
Nome, identificação e assinatura

\_\_\_\_\_  
Testemunhas

1.

2.

\_\_\_\_\_  
Profissionais de Saúde – Nome, identificação e assinatura