

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 <input type="checkbox"/> 2- Unidade de Assistência Social <input type="checkbox"/> 3- Estabelecimento de Ensino <input type="checkbox"/> 4- Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> 5- Unidade de Saúde Indígena <input type="checkbox"/> 6- Centro Especializado de Atendimento à Mulher <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 2 - Dia <input type="checkbox"/> 3 - Mês <input type="checkbox"/> 4 - Ano	13 Sexo	<input type="checkbox"/> M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> I - Ignorado	14 Gestante
				<input type="checkbox"/> 1-1ºTrimestre <input type="checkbox"/> 2-2ºTrimestre <input type="checkbox"/> 3-3ºTrimestre <input type="checkbox"/> 4- Idade gestacional ignorada <input type="checkbox"/> 5-Não <input type="checkbox"/> 6- Não se aplica <input type="checkbox"/> 9-Ignorado	15 Raça/Cor
				<input type="checkbox"/> 1-Branca <input type="checkbox"/> 2-Preta <input type="checkbox"/> 3-Amarela <input type="checkbox"/> 4-Parda <input type="checkbox"/> 5-Indígena <input type="checkbox"/> 9- Ignorado	
	16 Escolaridade				
<input type="checkbox"/> 0-Analfabeto <input type="checkbox"/> 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) <input type="checkbox"/> 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) <input type="checkbox"/> 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) <input type="checkbox"/> 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) <input type="checkbox"/> 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) <input type="checkbox"/> 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) <input type="checkbox"/> 7-Educação superior incompleta <input type="checkbox"/> 8-Educação superior completa <input type="checkbox"/> 9-Ignorado <input type="checkbox"/> 10- Não se aplica					
17 Número do Cartão SUS		18 Nome da mãe			
Dados de Residência	19 UF	20 Município de Residência		Código (IBGE)	
	21 Distrito	22 Bairro	23 Logradouro (rua, avenida,...)		
	Código	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	32 País (se residente fora do Brasil)	
			<input type="checkbox"/> 1 - Urbana <input type="checkbox"/> 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		
	Dados Complementares				
	Dados da Pessoa Atendida	33 Nome Social		34 Ocupação	
35 Situação conjugal / Estado civil					
<input type="checkbox"/> 1 - Solteiro <input type="checkbox"/> 2 - Casado/união consensual <input type="checkbox"/> 3 - Viúvo <input type="checkbox"/> 4 - Separado <input type="checkbox"/> 8 - Não se aplica <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado					
36 Orientação Sexual		<input type="checkbox"/> 3-Bissexual <input type="checkbox"/> 8-Não se aplica <input type="checkbox"/> 9-Ignorado	37 Identidade de gênero:	<input type="checkbox"/> 3-Homem Transexual <input type="checkbox"/> 8-Não se aplica <input type="checkbox"/> 9-Ignorado	
<input type="checkbox"/> 1-Heterossexual <input type="checkbox"/> 2-Homossexual (gay/lésbica)		<input type="checkbox"/> 1-Travesti <input type="checkbox"/> 2-Mulher Transexual			
38 Possui algum tipo de deficiência/ transtorno?	<input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado	39 Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno?	<input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 8-Não se aplica <input type="checkbox"/> 9- Ignorado		
		<input type="checkbox"/> Deficiência Física <input type="checkbox"/> Deficiência visual <input type="checkbox"/> Deficiência Intelectual <input type="checkbox"/> Deficiência auditiva <input type="checkbox"/> Transtorno mental <input type="checkbox"/> Outras _____ <input type="checkbox"/> Transtorno de comportamento			
Dados da Ocorrência	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	51 Hora da ocorrência	(00:00 - 23:59 horas)		
	<input type="checkbox"/> 1 - Urbana <input type="checkbox"/> 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado				
	52 Local de ocorrência	07 - Comércio/serviços	53 Ocorreu outras vezes?	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	
	<input type="checkbox"/> 01 - Residência <input type="checkbox"/> 04 - Local de prática esportiva <input type="checkbox"/> 08 - Indústrias/construção <input type="checkbox"/> 02 - Habitação coletiva <input type="checkbox"/> 05 - Bar ou similar <input type="checkbox"/> 09 - Outro _____ <input type="checkbox"/> 03 - Escola <input type="checkbox"/> 06 - Via pública <input type="checkbox"/> 99 - Ignorado		54 A lesão foi autoprovocada?	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - 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/espâncamento 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 **67** Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT)

1- Sim 2- Não 9- Ignorado 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 **TELEFONES ÚTEIS** **Disque Direitos Humanos**

136 Central de Atendimento à Mulher 100

180

Notificador

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

Nome Função Assinatura