

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	
	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	
	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 <input type="checkbox"/>		13 Sexo M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> 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 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			
	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 <input type="checkbox"/> 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	
	32 País (se residente fora do Brasil)			
Dados Complementares				
Dados da Pessoa Atendida	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"/>		37 Identidade de gênero: <input type="checkbox"/>	
1-Heterossexual 2-Homossexual (gay/lésbica) 3-Bissexual 8-Não se aplica 9-Ignorado		3-Homem Transexual 8-Não se aplica 9-Ignorado		
38 Possui algum tipo de deficiência/ transtorno? <input type="checkbox"/>		39 Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno? <input type="checkbox"/>		
1- Sim 2- Não 9- Ignorado		1- Sim 2- Não 8-Não se aplica 9- Ignorado		
Física <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Mental <input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/>		Transtorno mental <input type="checkbox"/> Transtorno de comportamento <input type="checkbox"/> Outras deficiências/ Síndromes <input type="checkbox"/>		
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 <input type="checkbox"/> 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	
	51 Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)			
52 Local de ocorrência <input type="checkbox"/>		53 Ocorreu outras vezes? <input type="checkbox"/>		
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		1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
54 A lesão foi autoprovocada? <input type="checkbox"/>		1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		

55 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

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

<input type="checkbox"/> Física	<input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos	57 Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado
<input type="checkbox"/> Psicológica/Moral	<input type="checkbox"/> Financeira/Econômica	<input type="checkbox"/> Força corporal/espâncamento
<input type="checkbox"/> Tortura	<input type="checkbox"/> Negligência/Abandono	<input type="checkbox"/> Enforcamento
<input type="checkbox"/> Sexual	<input type="checkbox"/> Trabalho infantil	<input type="checkbox"/> Obj. contundente
		<input type="checkbox"/> Obj. pênfuro-cortante
		<input type="checkbox"/> Substância/Obj. quente
		<input type="checkbox"/> Envenenamento
		<input type="checkbox"/> Arma de fogo
		<input type="checkbox"/> Ameaça
		<input type="checkbox"/> 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

<input type="checkbox"/> Pai	<input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge	<input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos	<input type="checkbox"/> Policial/agente da lei
<input type="checkbox"/> Mãe	<input type="checkbox"/> Namorado(a)	<input type="checkbox"/> Desconhecido(a)	<input type="checkbox"/> Própria pessoa
<input type="checkbox"/> Padrasto	<input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a)	<input type="checkbox"/> Cuidador(a)	<input type="checkbox"/> Outros _____
<input type="checkbox"/> Madrasta	<input type="checkbox"/> Filho(a)	<input type="checkbox"/> Patrão/chefe	<input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional
<input type="checkbox"/> Cônjuge	<input type="checkbox"/> Irmão(ã)		

62 Sexo do provável autor da agressão 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 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

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

<input type="checkbox"/> Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde, hospital, outras)	<input type="checkbox"/> Conselho do Idoso	<input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher
<input type="checkbox"/> Rede da Assistência Social (CRAS, CREAS, outras)	<input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento ao Idoso	<input type="checkbox"/> Outras delegacias
<input type="checkbox"/> Rede da Educação (Creche, escola, outras)	<input type="checkbox"/> Centro de Referência dos Direitos Humanos	<input type="checkbox"/> Justiça da Infância e da Juventude
<input type="checkbox"/> Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras)	<input type="checkbox"/> Ministério Público	<input type="checkbox"/> Defensoria Pública
<input type="checkbox"/> Conselho Tutelar	<input type="checkbox"/> 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 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 _____