

O DIRETOR DE VISTORIAS, no uso das atribuições que lhe confere o art. 30, do Regimento do Departamento de Segurança Contra Incêndio e Pânico; combinado com o art. 40 do Decreto Federal 7.163, de 29 abr. 2010, que regulamenta o art. 10-B, inciso I, da Lei 8.255, de 20 nov. 1991, que dispõe sobre a organização básica do CBMDF; combinado com a Portaria 46, de 19 set. 2012, publicada no BG 177, de 20 set. 2012, resolve:

**TORNAR SEM EFEITO** a exoneração/nomeação da Cap. QOBM/Comb. LAYLLA LORENNIA MARCELINO PECANHA, matr. 1910161, publicada no item XX do BG 077, de 24 abr. 2020.

Em consequência, os órgãos interessados tomem conhecimento e providências.

(NB CBMDF/DIVIS/SEAAD-00053-00035736/2020-90)

## **ATO DO CHEFE DE GABINETE DO COMANDANTE-GERAL**

### **XXX - EXONERAÇÃO E NOMEAÇÃO DE MILITARES NA GRATIFICAÇÃO DE FUNÇÃO DE NATUREZA ESPECIAL**

O CHEFE DE GABINETE DO COMANDANTE-GERAL, no uso das atribuições que lhe confere o art. 43 do Decreto Federal 7.163, de 29 abr. 2010, que regulamenta o art. 10-B, inciso I, da Lei 8.255, de 20 nov. 1991, que dispõe sobre a organização básica do CBMDF, resolve:

1) **EXONERAR**, da Gratificação de Função de Natureza Especial do Gabinete do Comandante-Geral (GFNE-V/PRAÇAS), a contar de 1º maio 2020, os seguintes militares:

- 1.1) 1º Sgt. QBMG-1 CLAUDIA PEREIRA DOS SANTOS, matr. 1404261;
- 1.2) 2º Sgt. QBMG-1 VALDÉRIO VELOSO COSTA, matr. 1404503;
- 1.3) 2º Sgt. QBMG-1 ÉRICA DE OLIVEIRA CRUZ, matr. 1405658.

2) **NOMEAR**, na função de Assistente do Gabinete do Comandante-Geral, GFNE-V/PRAÇAS, a contar de 1º maio 2020, os seguintes militares:

- 2.1) 1º Sgt. QBMG-1 ANDRE ALVES QUINTANILHA, matr. 1405282;
- 2.2) 1º Sgt. QBMG-1 LEONARDO CORDEIRO DE SOUZA, matr. 1405161;
- 2.3) 2º Sgt. QBMG-1 MARIANA RODRIGUES PINTO MAIA, matr. 1407764.

Em consequência:

a) os militares nomeados em cargos com Gratificação de Função de Natureza Especial - GFNE, terão disponibilizados na respectiva lotação, um processo SEI, para tratativas de "Declaração de inexistência de afastamentos" e "Declaração de autorização de acesso aos dados de bens e rendas das declarações de ajuste anual do IRPF", o qual deverá ser acessado pelo militar nomeado para assinatura dos respectivos termos referentes à Declaração de Imposto de Renda, seguindo recomendação do Tribunal de Contas da União - TCU, conforme fez público o item X, do BG 131, de 16 jul. 2012; e Acórdão 99/2014-TCU e Declaração de inexistência de afastamentos para cumprir o que consta no art. 21, da Lei Complementar 840, de 23 dez. 2011;

b) a Seção de Pagamento- SEPAG/DIGEP somente efetuará o pagamento da referida gratificação, mediante o envio do Termo do TCU e seu correto preenchimento;

c) os militares nomeados não poderão acumular a Gratificação de Função de Natureza Especial ou qualquer outra remuneração decorrente do exercício de função comissionada à gratificação de serviço voluntário, nos termos previstos no art. 3º, inciso VII, da Lei 10.486, de 4 jul. 2002;

d) os titulares dos setores envolvidos adotem as medidas administrativas que o ato requer.

(NB CBMDF/GABCG- 00053-00000363/2019-01)

## **ATOS DO COMANDANTE OPERACIONAL**

### **XXXI - NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DE CASOS DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR QUE ENVOLVA SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA**

O COMANDANTE OPERACIONAL, no uso das atribuições que lhe conferem os arts 22 e 23, do Decreto 31.817, de 21 jun. 2010, que regulamenta o art. 10-B, inciso II, da Lei 8.255, de 20 nov. 1991, que dispõe sobre a organização básica do CBMDF, e

Considerando a Portaria nº 204, de 17 fev. 2016, que define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências;

Considerando a Portaria 140, de 8 ago. 2016, que regulamenta as atividades da vigilância epidemiológica relacionada à coleta, ao fluxo e à consolidação de dados de notificação compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN;

Considerando que a notificação compulsória é a comunicação obrigatória, imediata (em até 24 horas a partir do conhecimento) ou semanal, à autoridade de saúde, realizada pelos profissionais de saúde ou responsáveis pelos estabelecimentos de saúde, públicos ou privados, sobre a ocorrência de suspeita ou confirmação de doença, agravo ou evento de saúde pública;

Considerando que o conceito de agravo consiste em qualquer dano à integridade física ou mental do indivíduo, provocado por circunstâncias nocivas, tais como acidentes, intoxicações por substâncias químicas, abuso de drogas ou **lesões decorrentes de violências interpessoais, como agressões e maus tratos, e lesão autoprovocada**;

Considerando a **obrigatoriedade** do preenchimento das fichas de notificação compulsória de violências e da **notificação imediata** às autoridades competentes de saúde, seja ela interpessoal ou autoprovocada, como casos de tentativas de suicídio e violência sexual, pelo profissional de saúde ou responsável pelo serviço assistencial que prestar o primeiro atendimento ao paciente, em até 24 horas do conhecimento da ocorrência do evento, pelo meio mais rápido de comunicação. Tal determinação tem como objetivo dar visibilidade às situações de violência, de modo que possa ser identificado o perfil das vítimas e agressores, bem como o dimensionamento do atendimento para apontar quais as estratégias mais eficazes para a prevenção de novas agressões;

Considerando que as notificações seguem um fluxo de compartilhamento entre as esferas de gestão do Sistema Único de Saúde – SUS, conforme **Anexo 10** (37782232), estabelecido pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde, o Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal (CRDF), reconhecendo a importância da intersetorialidade, estabelece um fluxo de notificação compulsória da violências atendidas pelo SAMU; e, considerando a Portaria Conjunta 40, de 5 dez. 2018, que trata da instituição do Serviço Unificado de Atendimento Pré-Hospitalar (SUAPH), o Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal (CBMDF) estabelece e torna público, para o conhecimento dos profissionais, o fluxo de compartilhamento das notificações dentro e fora do órgão, resolve:

#### **DETERMINAR:**

1) A Notificação Compulsória, pelas equipes de atendimento (URSB, UR, MR e AEROMÉDICO) de todas as ocorrências de APH do CBMDF que envolvam violências (doméstica, sexual e/outras violências).

2) As guarnições deverão encaminhar, o mais rápido possível, preferencialmente até 24hs após atendimento da ocorrência, a Ficha de Atendimento de Ocorrência em conjunto com a Ficha de Notificação Compulsória de Violência, conforme **Anexo 10** (37782232), para a Seção de Controle Operacional e Estatística (SUCOE), localizada no Grupamento de Atendimento de Emergências Pré-Hospitalar (GAEPH) CBMDF;

3) A SUCOE/GAEPH encaminhará as fichas de notificação compulsória ao Núcleo de Vigilância Epidemiológica do Complexo Regulador (NVEP/CRDF), digitalizadas, através do e-mail: [notificasamudf@gmail.com](mailto:notificasamudf@gmail.com), o mais rápido possível. O NVEP lançará as fichas de notificação de violências no Sistema de Notificação de Agravos de Notificação (SINAN) e assim as informações alcançarão a área técnica de violência na Secretaria de Saúde. Mesmo em casos de pacientes que não forem encaminhados à Unidade de Saúde, o procedimento deve ser mantido para que a Vigilância Epidemiológica do território seja acionada.

4) A SUCOE/GAEPH ficará responsável pelo arquivamento digital das fichas de atendimento e notificação compulsória dos casos suspeitos ou confirmados de violências.

Para fins de notificação, deverá ser considerada a 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, homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoas com deficiência, indígenas e população LGBT.

5) As secretarias das unidades operacionais do CBMDF deverão disponibilizar impressos de Ficha de Notificação Compulsória de Casos de Violência, conforme [Anexo 10](#) (37782232), para ficarem em viaturas de APH.

\* Esta norma foi republicada tendo em vista a falta de anexos na publicação anterior.

(NB CBMDF/COMOP/GACOP- 00053-00028489/2020-75)

## **XXXII - TORNAR SEM EFEITO AUTORIZAÇÃO PARA USO DO UNIFORME 4º A (EDUCAÇÃO FÍSICA) POR MILITARES QUE ATUAM NOS SERVIÇOS OPERACIONAIS**

O COMANDANTE OPERACIONAL, no uso das atribuições que lhe conferem os arts. 22 e 23, do Decreto 31.817, de 21 jun. 2010, que regulamenta o art. 10-B, inciso II, da Lei 8.255, de 20 nov. 1991, que dispõe sobre a organização básica do CBMDF, resolve:

**TORNAR SEM EFEITO**, por ter sido publicado sem o opinativo da área técnica do COMOP e por erro de NB, o publicado no item XXV, do BG 076, de 24 abr. 2020, que versa sobre autorização para uso do uniforme 4º A (educação física), por militares que atuam nos serviços operacionais.

Em consequência, todos os envolvidos tomem conhecimento e as devidas providências acerca da presente publicação.

(NB CBMDF/COMOP/GACOP-00053-00034224/2020-14)

### **4ª PARTE JUSTIÇA E DISCIPLINA**

#### **ATO DO SUBCOMANDANTE-GERAL**

### **XXXIII - CONCESSÃO DE REFERÊNCIA ELOGIOSA**

O SUBCOMANDANTE-GERAL, no uso das atribuições que lhe confere o art. 9º do Decreto Federal 7.163, de 29 abr. 2010, que regulamenta o art. 10-B, da Lei 8.255, de 20 nov. 1991, que dispõe sobre a organização básica do CBMDF; combinado com o Decreto 23.317, de 25 out. 2002; e os arts. 64 e 65 do Decreto 4.346, de 26 ago. 2002 (RDE), resolve:

**TRANSCREVER** o elogio proposto pelo Ten-Cel. QOBM/Comb. DEUSDETE VIEIRA DE SOUZA JUNIOR, matr. 1414784, Presidente do Grupo de Trabalho de Combate à Dengue da forma a seguir:

**"REFERENCIAR** elogiosamente o 2º Ten. QOBM/Intd. NIVALDO RIBEIRO DA CONCEIÇÃO, matr. 1403151, em virtude de sua participação nas atividades da Operação Integrada para Minimização dos Efeitos da Dengue, Febre Chikungunya e Febre zika no Distrito Federal, sempre com motivação distinta. Sua capacidade de organização e coordenação de equipes fizeram com que este oficial se tornasse membro essencial na Equipe de Campo da Sala Distrital de Comando e Controle para Combate ao Aedes (SDCC), elevando o nome do CBMDF frente a operações integradas com instituições distritais.

O oficial é distinto, merecedor de admiração de seus subordinados, pares e superiores, demonstrando qualidades e competências que devem ser almejadas e reproduzidas pelos demais.(INDIVIDUAL)".

Em consequência, os titulares dos setores envolvidos adotem as providências pertinentes, inclusive o registro no assentamento do militar.

(NB CBMDF/SUBCG-00053-00034518/2020-38)

#### **ATO DO CHEFE DE GABINETE DO COMANDANTE-GERAL**

### **XXXIV - CONCESSÃO DE REFERÊNCIA ELOGIOSA**

## ANEXO 10

VOLTAR



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
SUBSECRETARIA DE VIGILÂNCIA À SAÚDE

**SINAN**  
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO  
FICHA DE NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL  
VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA

Nº

**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, homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoas com deficiência, indígenas e população LGBT. **Atenção:** Em casos de suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes, a notificação deve ser obrigatória e dirigida aos Conselhos Tutelares, de acordo com o art. 13 da Lei no 8.069/1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente. Também são considerados de notificação compulsória todos os casos de violência contra a mulher (Decreto-Lei no 5.099 de 03/06/2004, Lei no 10.778/2003) e maus tratos contra a pessoa idosa (artigo 19 da Lei no 10.741/2003).

DADOS GERAIS	1 - Tipo de Notificação		2 - Individual		3 - Data da Notificação				
	2 - Agravado/Doença		VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA		Código - (CID10)	Y09			
	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						
NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL	7- Nome da Unidade Notificadora		Código da Unidade		9- Data da ocorrência da violência				
	8- Unidade de Saúde		Código (CNES)		/ /				
	10- Nome do paciente				11- Data de Nascimento				
	12-(ou) Idade		13- Sexo		15- Raça/Cor				
<input type="checkbox"/> 1- Hora <input type="checkbox"/> 2- Dia <input type="checkbox"/> 3- Mês <input type="checkbox"/> 4- Ano		<input type="checkbox"/> M- Masculino <input type="checkbox"/> F- Feminino		<input type="checkbox"/> 1- 1º Trimestre <input type="checkbox"/> 2- 2º Trimestre <input type="checkbox"/> 3- 3º Trimestre <input type="checkbox"/> 4- Idade gestacional Ignorada <input type="checkbox"/> 5- Não <input type="checkbox"/> 6- Não se aplica <input type="checkbox"/> 9- Ignorado		<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- 1º ao 5º ano incompleto do EF (antigo 1ª a 4ª série) <input type="checkbox"/> 2- 5º ano completo do EF (antigo primário ou 1º grau) <input type="checkbox"/> 3- 6º ao 9º ano incompleto 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 (2º grau) <input type="checkbox"/> 6- Ensino Médio Completo (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)				
	22- Bairro		23- Logradouro (rua, avenida, quadra...)		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 reside 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		37- Identidade de gênero			
<input type="checkbox"/> 1-Heterossexual <input type="checkbox"/> 3-Bissexual <input type="checkbox"/> 2- Homossexual(gay/lésbica) <input type="checkbox"/> 9-Ignorado		<input type="checkbox"/> 1-Travesti <input type="checkbox"/> 3-Homem Transexual <input type="checkbox"/> 2- Mulher Transexual <input type="checkbox"/> 8-Não se aplica <input type="checkbox"/> 9-Ignorado				
38-Possui algum tipo de Deficiência/ transtorno?		39- Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno?				
<input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> 9-Ignorado		<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"/> Transtorno Mental <input type="checkbox"/> Outras _____ <input type="checkbox"/> Deficiência Intelectual <input type="checkbox"/> Deficiência Auditiva <input type="checkbox"/> Transtorno de Comportamento				
DADOS DA OCORRÊNCIA	40-UF		41- Município de Ocorrência		Código (IBGE)	
	43- Bairro		44- Logradouro (rua, avenida, quadra...)		Código	
	45- Número		46- Complemento (apto, casa,...)		47- Geo Campo 3	
	49-Ponto de Referência		50 -Zona de Ocorrência		51-Hora de 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		<input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> 9-Ignorado		<input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> 9-Ignorado	
52- Local de Ocorrência		07-Comércio/serviços		53-Ocorreu outras vezes?		
<input type="checkbox"/> 01-Residência <input type="checkbox"/> 04-Local de Prática Esportiva <input type="checkbox"/> 02-Habituação Coletiva <input type="checkbox"/> 05-Bar ou similar <input type="checkbox"/> 03-Escola <input type="checkbox"/> 06-Via Pública		<input type="checkbox"/> 08-Indústrias/Construção <input type="checkbox"/> 09-Outro _____ <input type="checkbox"/> 99-Ignorado		<input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> 9-Ignorado <input type="checkbox"/> 54-A lesão foi autoprovocada? <input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> 9-Ignorado		

Mod.110.195

c.c. 11.000

Formato:210x297

07/2015

N. Prod.Gráfica/SES

VIOLÊNCIA	55-Essa violência foi motivada por: 01-Sexismo 02-Homofobia/Lesbofobia/Bifobia/Transfobia 03-Racismo 04-Intolerância Religiosa 88-Não se aplica <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 05-Xenofobia 06-Conflito Geracional 07-Situação de Rua 08-Deficiência 09-Outros 99-Ignorado		
	56-Tipo de Violência 1-Sim 2-Não 9-Ignorado		57-Meio da Agressão 1-Sim 2-Não 9-Ignorado
	<input type="checkbox"/> Física	<input type="checkbox"/> Tráfico de Seres Humanos <input type="checkbox"/> Intervenção Legal	<input type="checkbox"/> Força Corporal/Espandamento
	<input type="checkbox"/> Psicológica/Moral	<input type="checkbox"/> Financeira/Econômica <input type="checkbox"/> Outros:Tentativa de Suicídio	<input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Envenenamento, intoxicação
	<input type="checkbox"/> Tortura	<input type="checkbox"/> Negligência/abandono <input type="checkbox"/> Outros: Automutilações	<input type="checkbox"/> Obj. Contundente <input type="checkbox"/> Arma de Fogo
	<input type="checkbox"/> Sexual	<input type="checkbox"/> Trabalho Infantil <input type="checkbox"/> Outros _____	<input type="checkbox"/> Obj. Pêrfuro-Cortante <input type="checkbox"/> Ameaça
			<input type="checkbox"/> Substância/Obj. quente <input type="checkbox"/> Outros _____
VIOLÊNCIA SEXUAL	58- Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1-Sim 2-Não 8-Não se aplica 9-Ignorado		
	<input type="checkbox"/> Assédio Sexual	<input type="checkbox"/> Estupro	<input type="checkbox"/> Pornografia Infantil <input type="checkbox"/> Exploração Sexual <input type="checkbox"/> Outros _____
VIOLÊNCIA SEXUAL	59- Procedimento realizado 1-Sim 2-Não 8-Não se aplica 9-Ignorado		
	<input type="checkbox"/> Profilaxia DST	<input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B	<input type="checkbox"/> Coleta de sêmen <input type="checkbox"/> Contracepção de emergência
	<input type="checkbox"/> Profilaxia HIV	<input type="checkbox"/> Coleta de sangue	<input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei
DADOS DO PROVÁVEL AUTOR DA VIOLÊNCIA	60-Número de envolvidos <input type="checkbox"/>	61- Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	
	1- Um 2-Dois ou mais 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"/> Padastro <input type="checkbox"/> Ex-namorado(a) <input type="checkbox"/> Cuidador(a) <input type="checkbox"/> Outros _____	<input type="checkbox"/> Madastra <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Patrão/Chefe	<input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Irmão(ã) <input type="checkbox"/> Pessoal com relação institucional
		62-Sexo do provável autor da agressão <input type="checkbox"/>	63-Suspeita de Uso de álcool <input type="checkbox"/>
		1-Masculino 2-Feminino 3- Ambos os Sexos 9-Ignorado	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 (80 anos ou mais) <input type="checkbox"/> 2- Adolescente (10 a 19 anos) 4-Pessoa adulta (25 a 59 anos) 9- Ignorado		
EVOLUÇÃO E ENCAMINHAMENTOS	65- Encaminhamento: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado		
	<input type="checkbox"/> Rede de 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 <input type="checkbox"/>	67- Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) <input type="checkbox"/>	68- Circunstância da lesão
	1-Sim 2-Não 9-Ignorado	1-Sim 2-Não 8-Não se aplica 9-Ignorado	CID 10 - _____
	69- Data de encerramento		
<b>Informações complementares e observações</b>			
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

Mód.110.195

Verso

**VOLTAR**