



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 | | |
| | 2 - Agravado/Doença | | | Código - (CID10) | 3 - Data da Notificação |
| | VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA | | | Y09 | ____/____/____ |
| | 4 - UF | 5 - Município de notificação | | | Código (IBGE) |
| DADOS INDIVIDUAL | 6- Unidade Notificadora | | 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 da Unidade | 9- Data da ocorrência da violência |
| | 8- Unidade de Saúde | | | Código (CNES) | ____/____/____ |
| | 10- Nome do paciente | | | | 11- Data de Nascimento |
| | | | | | ____/____/____ |
| NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL | 12-(ou) Idade | 1- Hora 2- Dia 3- Mês 4- Ano | 13- Sexo | 14- Gestante | 15- Raça/Cor |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1-1º Trimestre 2- 2º Trimestre 3- 3º Trimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5- Não | <input type="checkbox"/> |
| | | M- Masculino F- Feminino | | 6- Não se aplica 9- Ignorado | 1-Branca 2- Preta 3- Amarela 4-Parda 5- Indígena 9- Ignorado |
| | 16- Escolaridade | | | | |
| 0-Analfabeto 1- 1º ao 5º ano incompleto do EF (antigo 1ª a 4ª série) 2- 5º ano completo do EF (antigo primário ou 1º grau) 3- 6º ao 9º ano incompleto do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4- Ensino Fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino Médio Incompleto (2º grau) 6- Ensino Médio Completo (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/RA |
| | 22- Bairro | 23- Logradouro (rua, avenida, quadra...) | | | Código |
| | 24- Número | 25-Complemento (apto, casa,...) | | | 26-Geo Campo1 |
| | 27- Geo Campo 2 | 28- Ponto de Referência | | | 29- CEP |
| | 30-(DDD) Telefone | 31-Zona | 32- País (se reside fora do Brasil) | | |
| | | 1-Urbana 2-Rural 3-Periurbana 9- Ignorado | <input type="checkbox"/> | | |

Dados Complementares

| | | | | | |
|--|---|--|--|---|---|
| DADOS DA PESSOA ATENDIDA | 33- Nome Social | | 34-Ocupação | | |
| | 35- Situação Conjugal/Estado Civil | | | | |
| | 1 - Solteiro 2 - Casado/união consensual 3- Viúvo 4 - Separado 8- Não se aplica 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> | | | | |
| | 36- Orientação Sexual | | 37- Identidade de gênero | | |
| 1-Heterossexual | | 3-Bissexual | | 1-Travesti | |
| 2- Homossexual(gay/lésbica) | | 8- Não se aplica <input type="checkbox"/> | | 3-Homem Transexual <input type="checkbox"/> | |
| 9-Ignorado | | 2- Mulher Transexual | | 8-Não se aplica 9-Ignorado | |
| 38-Possui algum tipo de Deficiência/ transtorno? | | 39- Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno? 1-Sim 2-Não 8-Não se aplica 9-Ignorado | | | |
| 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> | | <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)) | 42-Distrito/RA |
| | 43- Bairro | 44- Logradouro (rua, avenida, quadra...) | | | Código |
| | 45- Número | 46-Complemento (apto, casa,...) | | 47-Geo Campo3 | 48- Geo Campo 4 |
| | 49-Ponto de Referência | | 50 -Zona de Ocorrência | | 51-Hora de Ocorrência (00:00-23:59 horas) |
| | | | 1-Urbana 2- Rural <input type="checkbox"/> | | |
| | | | 3- Periurbana 9-Ignorado | | |
| 52- Local de Ocorrência | | 07-Comércio/serviços | | 53-Ocorreu outras vezes? | |
| 01-Residência | | 08-Indústrias/Construção <input type="checkbox"/> | | 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> | |
| 02-Habituação Coletiva | | 09-Outro _____ | | 54-A lesão foi autoprovocada? | |
| 03-Escola | | 99-Ignorado | | 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> | |
| 04-Local de Prática Esportiva | | | | | |
| 05-Bar ou similar | | | | | |
| 06-Via Pública | | | | | |

| | | | | |
|--|---|---|--|--|
| VIOLENCIA | 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/Espancamento | |
| <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 _____ | |
| VIOLENCIA 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 _____ |
| VIOLENCIA 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 VIOLENCIA | 60-Número de envolvidos <input type="checkbox"/> | 61- Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida 1-Sim 2-Não 9-Ignorado | | 62-Sexo do provável autor da agressão |
| | 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"/> |
| | | <input type="checkbox"/> Padastro <input type="checkbox"/> Ex-namorado(a) <input type="checkbox"/> Cuidador(a) <input type="checkbox"/> Outros _____ | 1-Masculino 2-Feminino 3- Ambos os Sexos 9-Ignorado | |
| | | <input type="checkbox"/> Madastra <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Patrão/Chefe | 63-Suspeita de Uso de álcool <input type="checkbox"/> | |
| | | <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Irmão(ã) <input type="checkbox"/> Pessoal com relação institucional | 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) <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 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> | | 67- Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) 1-Sim 2-Não 8-Não se aplica 9-Ignorado <input type="checkbox"/> | | 68- Circunstância da lesão CID 10 – _____ |
| 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 136 | | TELEFONES ÚTEIS Central de Atendimento à Mulher 180 | | Disque Direitos Humanos 100 |