

FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS

Definição de caso: Suspeita ou confirmação de violência. Considera-se violência como o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (OMS, 2002).
Atenção: Em casos de suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes, a notificação deve ser obrigatória e dirigida aos Conselhos Tutelares e/ou autoridades competentes (Juizado da Infância e Juventude e/ou Ministério Público da localidade), 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 Agravo/doença VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS		Código (CID10) Y09		3 Data da notificação		
	4 UF	5 Município de notificação			Código (IBGE) Não Preencher				
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)				Código (CNES)		7 Data da ocorrência da violência		
Notificação Individual	8 Nome do paciente						9 Data de nascimento		
	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano		11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado		12 Gestante 1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado		13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado		
	14 Escolaridade 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 a 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								
	15 Número do Cartão SUS				16 Nome da mãe				
Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência			Código (IBGE) Não Preencher		19 Distrito		
	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)			Código			
	22 Número		23 Complemento (apto., casa, ...)			24 Geo campo 1			
	25 Geo campo 2		26 Ponto de Referência			27 CEP			
	28 (DDD) Telefone		29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		30 País (se residente fora do Brasil)				
	Dados Complementares								
Dados da Pessoa Atendida	31 Ocupação								
	32 Situação conjugal / Estado civil 1 - Solteiro 3 - Viúvo 8 - Não se aplica 2 - Casado/união consensual 4 - Separado 9 - Ignorado				33 Relações sexuais 1 - Só com homens 3 - Com homens e mulheres 2 - Só com mulheres 8 - Não se aplica 9 - Ignorado				
	34 Possui algum tipo de deficiência/ transtorno? 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		35 Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno? 1- Sim 2- Não 8-Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Transtorno mental <input type="checkbox"/> Outras deficiências/ Síndromes <input type="checkbox"/> Mental <input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> Transtorno de comportamento						
Dados da Ocorrência	36 UF	37 Município de ocorrência			Código (IBGE)		38 Distrito		
	39 Bairro		40 Logradouro (rua, avenida,...)			Código			
	41 Número		42 Complemento (apto., casa, ...)			43 Geo campo 3		44 Geo campo 4	
	45 Ponto de Referência		46 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		47 Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)				
	48 Local de ocorrência 01 - Residência 04 - Local de prática esportiva 08 - Indústrias/construção 02 - Habitação coletiva 05 - Bar ou similar 09 - Outro 03 - Escola 06 - Via pública 99 - Ignorado				49 Ocorreu outras vezes? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado				
	48 Local de ocorrência (continuação)								
50 A lesão foi autoprovocada? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado									

Tipologia da violência	51 Tipo de violência	1- Sim 2- Não 9- Ignorado	52 Meio de agressão	1- Sim 2- Não 9- Ignorado	
	<input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Psicológica/Moral <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Sexual	<input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> Financeira/Econômica <input type="checkbox"/> Negligência/Abandono <input type="checkbox"/> Trabalho infantil	<input type="checkbox"/> Intervenção legal <input type="checkbox"/> Outros _____	<input type="checkbox"/> Força corporal/espâncamento <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Obj. contundente	<input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante <input type="checkbox"/> Substância/Obj. quente <input type="checkbox"/> Envenenamento

Violência Sexual	53 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo?	1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado	54 Se ocorreu penetração, 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"/> Atentado violento ao pudor <input type="checkbox"/> Pornografia infantil	<input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> Outros _____	<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Anal <input type="checkbox"/> Vaginal

Consequências da violência	55 Procedimento realizado	1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado	
	<input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Profilaxia HIV	<input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B <input type="checkbox"/> Coleta de sangue	<input type="checkbox"/> Coleta de sêmen <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal

Lesão	56 Consequências da ocorrência detectadas no momento da notificação	1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado	
	<input type="checkbox"/> Aborto <input type="checkbox"/> Gravidez	<input type="checkbox"/> DST <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio	<input type="checkbox"/> Transtorno mental <input type="checkbox"/> Transtorno comportamental

Lesão	57 Natureza da lesão (considerar somente o diagnóstico principal)	10 - Queimadura 11 - Outros _____ 88 - Não se aplica 99 - Ignorado
	01 - Contusão 02 - Corte/perfuração/laceração 03 - Entorse/luxação	04 - Fratura 05 - Amputação 06 - Traumatismo dentário

Lesão	58 Parte do corpo atingida (considerar somente o diagnóstico principal)	10 - Órgãos genitais/ânus 11 - Múltiplos órgãos/regiões 88 - Não se aplica 99 - Ignorado
	01 - Cabeça/face 02 - Pescoço 03 - Boca/dentes	04 - Coluna/medula 05 - Tórax/dorso 06 - Abdome

Dados do provável autor da agressão	59 Número de envolvidos	1 - Um 2 - Dois ou mais 9 - Ignorado	60 Vínculo / grau de parentesco com a pessoa atendida	1- Sim 2- Não 9- Ignorado	61 Sexo do provável autor da agressão	1 - Masculino 2 - Feminino 3 - Ambos os sexos 9 - Ignorado	62 Suspeita de uso de álcool	1- Sim 2 - Não 9- Ignorado
			<input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Cônjuge	<input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Irmão(ã)	<input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Desconhecido(a) <input type="checkbox"/> Cuidador(a) <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional	<input type="checkbox"/> Policial/agente da lei <input type="checkbox"/> Própria pessoa <input type="checkbox"/> Outros _____		

Evolução e encaminhamento	63 Encaminhamento no setor saúde	1 - Encaminhamento ambulatorial 2 - Internação hospitalar 8 - Não se aplica 9 - Ignorado
	64 Encaminhamento da pessoa atendida para outros setores	1- Sim 2- Não 9- Ignorado

Evolução e encaminhamento	<input type="checkbox"/> Conselho Tutelar (Criança/Adolescente) <input type="checkbox"/> Vara da Infância / Juventude <input type="checkbox"/> Casa Abrigo <input type="checkbox"/> Programa Sentinela	<input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher/DEAM <input type="checkbox"/> Delegacia de Prot. da Criança e do Adolescente <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> Ministério Público	<input type="checkbox"/> Centro de Referência da Mulher <input type="checkbox"/> Centro de Referência da Assistência Social/CREAS-CRAS <input type="checkbox"/> Instituto Médico Legal (IML) <input type="checkbox"/> Outros _____
---------------------------	---	---	---

Evolução e encaminhamento	65 Violência Relacionada ao Trabalho	1- Sim 2- Não 9- Ignorado	66 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT)	1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado	67 Circunstância da lesão	CID 10 - Cap XX
---------------------------	--------------------------------------	---------------------------	--	--	---------------------------	-----------------

Evolução e encaminhamento	68 Classificação final	1 - Confirmado 2 - Descartado 3 - Provável 8 - Inconclusivo	69 Evolução do caso	1 - Alta 2 - Evasão / Fuga	70 Se óbito por violência, data	71 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