

ANEXO II

Ficha de Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL

Nº 503636

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		VIOLENCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA		
		Código (CID10)		Y09		
	3	Data da notificação		13/02/2022		
	4	UF	5	Município de notificação	RIO DE JANEIRO	
		Código (IBGE)				
Notificação Individual	6	Unidade Notificadora			<input checked="" 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		UPA PENHA		
		Código Unidade		6038913		
	8	Unidade de Saúde		61038913		
		Código (CRES)				
	9	Data da ocorrência da violência			13/02/2022	
Dados de Residência	10	Nome do paciente			ALUANA DA SILVA SANTOS	
		Código Unidade				
	11	Data de nascimento			07/11/1983	
	12	(ou) Idade	13	Sexo	38 M - Masculino	
		<input type="checkbox"/> 1 - Hora <input type="checkbox"/> 2 - Dia <input type="checkbox"/> 3 - Mês <input type="checkbox"/> 4 - Ano	<input checked="" type="checkbox"/> M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> 1 - Ignorado	14	Gestante	<input checked="" type="checkbox"/> 1 - 1º Trimestre 2 - 2º Trimestre 3 - 3º Trimestre 4 - Idade gestacional ignorada 5 - Não 6 - Não se aplica 9 - Ignorado
	15	Raça/Cor			<input checked="" type="checkbox"/> 1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado	
16	Escolaridade				<input checked="" 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 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	
17	Número do Cartão SUS					
18	Nome da mãe			SOIANGE AMARAL DA SILVA SANTOS		
Dados Complementares	19	UF	20	Município de Residência	RIO DE JANEIRO	
		Código (IBGE)				
	21	Distrito				
	22	Bairro	23	Logradouro (rua, avenida,...)	BRÁS DE PINA KUA ORICA	
		Código				
	24	Número	25	Complemento (apto., casa, ...)	860 CASA	
26	Geo campo 1					
27	Geo campo 2					
28	Ponto de Referência					
29	CEP			211219260		
30	DDD/Telefone			21966709063		
31	Zona			<input checked="" type="checkbox"/> 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		
32	País (se residente fora do Brasil)					
Dados da Pessoa Atendida	33	Nome Social				
	34	Ocupação				
	35	Situação conjugal / Estado civil			<input checked="" type="checkbox"/> 1 - Solteiro 2 - Casado/união consensual 3 - Viúvo 4 - Separado 8 - Não se aplica 9 - Ignorado	
	36	Orientação Sexual		37	Identidade de gênero:	
	<input type="checkbox"/> 1 - Heterossexual <input type="checkbox"/> 2 - Homossexual (gay/lésbica)	<input checked="" type="checkbox"/> 3 - Bissexual <input type="checkbox"/> 8 - Não se aplica <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	<input checked="" type="checkbox"/> 1 - Travesti <input type="checkbox"/> 2 - Mulher Transsexual	<input type="checkbox"/> 3 - Homem Transsexual <input type="checkbox"/> 8 - Não se aplica <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		
	38	Possui algum tipo de deficiência/ transtorno?			<input checked="" type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
39	Se sim, qual tipo de deficiência / transtorno?			<input checked="" type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 8 - Não se aplica 9 - Ignorado		
<input checked="" type="checkbox"/> Deficiência Física <input checked="" type="checkbox"/> Deficiência Intelectual	<input checked="" type="checkbox"/> Deficiência visual <input checked="" type="checkbox"/> Deficiência auditiva	<input checked="" type="checkbox"/> Transtorno mental <input checked="" type="checkbox"/> Transtorno de comportamento	<input type="checkbox"/> Outras			
Dados da Ocorrência	40	UF	41	Município de ocorrência	RIO DE JANEIRO	
		Código (IBGE)				
	42	Distrito				
	43	Bairro	44	Logradouro (rua, avenida,...)	BRÁS DE PINA	
		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)	04:00	
<input checked="" type="checkbox"/> 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado						
52	Local de ocorrência			<input checked="" 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		
53	Ocorreu outras vezes?			<input checked="" type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
54	A lesão foi autoprovocada?			<input checked="" type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 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 01

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

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

<input checked="" type="checkbox"/> Profilaxia DST	<input checked="" type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B	<input checked="" type="checkbox"/> Coleta de sêmen	<input checked="" type="checkbox"/> Contracepção de emergência
<input checked="" type="checkbox"/> Profilaxia HIV	<input checked="" type="checkbox"/> Coleta de sangue	<input checked="" type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal	<input checked="" type="checkbox"/> Aborto previsto em lei

60) Número de envolvidos 1- Sim 2- Não 9- Ignorado

1- Um 2- Dois ou mais 9- Ignorado

61) Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida 1- Sim 2- Não 9- Ignorado

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

62) Sexo do provável autor da violência 1- Sim 2- Não 9- Ignorado

1- Masculino 2- Feminino 3- Ambos os sexos 9- Ignorado

63) Suspeita de uso de álcool 1- Sim 2- Não 9- Ignorado

1- Sim 2- Não 9- Ignorado

64) Ciclo de vida do provável autor da violência:

1-Criança (0 a 9 anos) 2-Adolescente (10 a 19 anos) 3-Jovem (20 a 24 anos) 4-Pessoa adulta (25 a 59 anos) 5-Pessoa idosa (60 anos ou mais) 9-Ignorado

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

<input checked="" type="checkbox"/> Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde, hospital, outras)	<input checked="" type="checkbox"/> Conselho do Idoso	<input checked="" type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher
<input checked="" type="checkbox"/> Rede da Assistência Social (CRAS, CREAS, outras)	<input checked="" type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento ao Idoso	<input checked="" type="checkbox"/> Outras delegacias
<input checked="" type="checkbox"/> Rede da Educação (Creche, escola, outras)	<input checked="" type="checkbox"/> Centro de Referência dos Direitos Humanos	<input checked="" type="checkbox"/> Justiça da Infância e da Juventude
<input checked="" type="checkbox"/> Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras)	<input checked="" type="checkbox"/> Ministério Público	<input checked="" type="checkbox"/> Defensoria Pública
<input checked="" type="checkbox"/> Conselho Tutelar	<input checked="" 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 V1040

69) Data de encerramento 13/02/2022

Informações complementares e observações

Nome do acompanhante _____ Vínculo/grau de parentesco _____ (DDD) Telefone _____

Observações Adicionais:
- Paciente agredida fisicamente por parceiro com presença de hematomas e escoriações faciais.

Disque Saúde - Ouvidoria Geral do SUS **TELEFONES ÚTEIS** **Disque Direitos Humanos**
 136 Central de Atendimento à Mulher 100
 180

Município/Unidade de Saúde: **RIO DE JANEIRO** Cód. da Unid. de Saúde/CNES: **60389131**

Nome: **JÚLIA RAQUEL N. SOUZA** Função: **MÉDICA** Assinatura: *[Assinatura]*
 Violência interpessoal/autoprovocada Sinan Médica 15.06.2015

CRM 52-0122343-7