

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

Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar (física, psicológica/moral, financeira/econômica, negligência/abandono), sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal 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, pessoa com transtorno, indígenas e população LGBT.

1	Tipo de Notificação	2 - Individual
2	Agravo/doença	VIOLENCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA
3	Data da notificação	15/02/2012
4	UF	UF
5	Município de notificação	Belo Horizonte
6	Unidade Notificadora	1 - Unidade de Saúde
7	Nome da Unidade Notificadora	UPA - Barro
8	Unidade de Saúde	UPA - Barro
9	Data da ocorrência da violência	15/02/2012
10	Nome do paciente	Lucia Maria Lino dos Santos
11	Data de nascimento	21/05/1992
12	(ou) Idade	20
13	Sexo	F - Feminino
14	Gestante	1 - 1º trimestre 2 - 2º trimestre 3 - 3º trimestre 4 - Idade gestacional ignorada 5 - Não se aplica 6 - Ignorado
15	Raça/Cor	1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 6 - Ignorado
16	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
17	Número do Cartão SUS	71012019101613161212
18	Nome da mãe	Maria José dos Santos Lino
19	UF	UF
20	Município de Residência	Belo Horizonte
21	Código (IBGE)	
22	Bairro	Bairro do Centro
23	Logradouro (rua, avenida,...)	Av. Prata
24	Número	263
25	Complemento (apto., casa,...)	
26	Geo campo 1	
27	Geo campo 2	
28	Ponto de Referência	
29	CEP	
30	(DDD) Telefone	21983519183
31	Zona	1 - Urbana 2 - Rural 3 - Perturbana 9 - Ignorado
32	Pais (se residente fora do Brasil)	
33	Nome Social	
34	Ocupação	
35	Situação conjugal / Estado civil	1 - Solteiro 2 - Casado/união consensual 3 - Vivo 4 - Separado 8 - Não se aplica 9 - Ignorado
36	Orientação Sexual	1 - Heterossexual 2 - Homossexual (gay/lésbica) 3 - Bissexual 8 - Não se aplica 9 - Ignorado
37	Identidade de gênero	1 - Homem Transsexual 2 - Mulher Transsexual 3 - Não se aplica 8 - Não se aplica 9 - Ignorado
38	Possui algum tipo de deficiência/transtorno?	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
39	Se sim, qual tipo de deficiência/transtorno?	Deficiência Física Deficiência Visual Deficiência auditiva Deficiência intelectual Deficiência auditiva
40	UF	UF
41	Município de ocorrência	Belo Horizonte
42	Código (IBGE)	
43	Bairro	Bairro do Centro
44	Logradouro (rua, avenida,...)	
45	Número	
46	Complemento (apto., casa,...)	
47	Geo campo 3	
48	Geo campo 4	
49	Ponto de Referência	
50	Zona	1 - Urbana 2 - Rural 3 - Perturbana 9 - Ignorado
51	Hora da ocorrência	(00:00 - 23:59 horas)
52	Local de ocorrência	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?	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
54	A lesão foi autoprovocada?	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

Dados da Ocorrência

Dados da Pessoa Atendida

Dados de Residência

Notificação Individual

Dados Gerais

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

Violência

- 56 Tipo de violência
 - Física
 - Psicológica/Moral
 - Tortura
 - Sexual
- 57 Meio de agressão
 - 1-Sim 2-Não 9-Ignorado
 - Força corporal/espantamento
 - Objeção/perturbação
 - Arma de fogo
 - Substância/venenamento
 - Objeção/ameaça
 - Intoxicação
- 58 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo?
 - 1-Sim 2-Não 8-Não se aplica 9-Ignorado
 - Estupro
 - Pornografia infantil
 - Exploração sexual
 - Outros

Violência Sexual

- 59 Procedimento realizado
 - 1-Sim 2-Não 8-Não se aplica 9-Ignorado
 - Profilaxia DST
 - Profilaxia HIV
 - Coleta de sangue
 - Coleta de sêmen
 - Coleta de secreção vaginal
 - Aborto previsto em lei
 - Contracepção de emergência
- 60 Número de envolvidos
 - 1-Sim 2-Dois ou mais 9-Ignorado
 - 1-Sim 2-Não 9-Ignorado
 - Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida
 - 1-Sim 2-Não 9-Ignorado
 - Amigos/conhecidos
 - Policial/agente da lei
 - Desconhecido(a)
 - Cuidador(a)
 - Própria pessoa
 - Patrão/chefe
 - Outros
 - Pessoa com relação institucional
- 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

Dados do provável autor da agressão

- 64 Ciclo de vida do provável autor da violência:
 - 1-Criança (0 a 9 anos)
 - 2-Adolescente (10 a 19 anos)
 - 3-Jovem adulta (20 a 24 anos)
 - 4-Pessoa idosa (60 anos ou mais)
 - 5-Pessoa adulta (25 a 59 anos)
 - 9-Ignorado

Encaminhamento

- 65 Encaminhamento:
 - 1-Sim 2-Não 9-Ignorado
 - Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde, hospital, outras)
 - Rede da Assistência Social (CRAS, CREAS, outras)
 - Rede de Educação (Creche, escola, outras)
 - Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de
 - Conselho Tutelar
- 66 Violência Relacionada ao Trabalho
 - 1-Sim 2-Não 9-Ignorado
 - 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

Dados finais

- 68 Data de encerramento: 50/2022

Informações complementares e observações

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

Observações Adicionais: _____

Disque-Saúde 0800 61 1997
 Central de Atendimento à Mulher
 Disque-Denúncia - Combate ao Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes 100

Município/Unidade de Saúde: Rio de Janeiro
 Nome: Lorena Souza
 Função: Atendimento Social
 Assinatura: _____
 SSVS 03.06.2015