

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.

Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual	
	2	Agravado/doença		VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA	
	3	Código (CID10)		Y09	
	4	UF	5	Município de notificação	
	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	
Notificação Individual	7	Nome da Unidade Notificadora		Upa Penha	
	8	Unidade de Saúde		Upa Penha	
	9	Data da ocorrência da violência		11/02/2022	
	10	Nome do paciente		Hebert Leonardo da Silva Jesus	
	11	Data de nascimento		19/11/1992	
Dados de Residência	12	(ou) Idade	13	Sexo	
	13	Sexo		M - Masculino 4 F - Feminino 5 I - Ignorado	
	14	Gestante		1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado	
	15	Raça/Cor		1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-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		18 Nome da mãe	
	18	Nome da mãe		Andréia Francisca da Silva	
	19	UF	20	Município de Residência	
	20	Município de Residência		Rio de Janeiro	
	Dados da Pessoa Atendida	21	Distrito		-
22		Bairro		Parada Lucas	
23		Logradouro (rua, avenida,...)		R. Guarani	
24		Número	25	Complemento (apto., casa, ...)	
25		Complemento (apto., casa, ...)		casa	
26		Geo campo 1		-	
27		Geo campo 2		-	
28		Ponto de Referência		-	
29		CEP		211019151	
30		(DDD) Telefone		02193617193	
Dados Complementares	31	Zona		1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	
	32	País (se residente fora do Brasil)		Brasil	
	33	Nome Social		-	
	34	Ocupação		-	
	35	Situação conjugal / Estado civil		1 - Solteiro 2 - Casado/união consensual 3 - Viúvo 4 - Separado 6 - Não se aplica 9 - Ignorado	
Dados da Ocorrência	36	Orientação Sexual		1-Heterossexual 2-Homossexual (gay/lésbica) 3-Bissexual 8-Não se aplica 9-Ignorado	
	37	Identidade de gênero:		1-Travesti 2-Mulher Transexual 3-Homem Transexual 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?		1- Sim 2- Não 8-Não se aplica 9- Ignorado	
	40	UF	41	Município de ocorrência	
41	Município de ocorrência		Rio de Janeiro		
42	Distrito		-		
43	Bairro		Parada Lucas		
44	Logradouro (rua, avenida,...)		R. Guarani		
45	Número	46	Complemento (apto., casa, ...)		
46	Complemento (apto., casa, ...)		casa		
47	Geo campo 3		-		
48	Geo campo 4		-		
49	Ponto de Referência		-		
50	Zona		1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		
51	Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)		10:00		
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		

3

Deyse Ermininda de Almeida
 Assistente Social
 CRESS 26741 7º Região
 Sinan

3

SVS 03.06.2015

Notificador	Nome: <u>Dr. E. Silva</u>	Função: <u>Assistente Social</u>
	Município/Unidade de Saúde: <u>RJ / Upa Penha</u>	
	Disque-Saúde: <u>0800 61 1997</u>	Disque-Denúncia - Combate ao Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes: <u>100</u>
	Cód. da Unid. de Saúde/CNES: <u>6038913</u>	Assinatura:

TELEFONES ÚTEIS	Central de Atendimento à Mulher: <u>180</u>
Observações Adicionais: <u>Paciente sofreu 3 contusões de Diaperon</u>	

Nome do acompanhante: <u>Itolara</u>	Vínculo/grau de parentesco: <u>---</u>	(DDD) Telefone: <u>---</u>
--------------------------------------	--	----------------------------

Dados finais	69 Data de encerramento: <u>---</u> 68 Violência Relacionada ao Trabalho: <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado 67 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT): <input checked="" type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 8-Não se aplica 9-Ignorado 66 Circunstância da lesão: <u>CID 10 - Cap XX</u>
---------------------	---

Encaminhamento	65 Encaminhamento: <input checked="" type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input checked="" type="checkbox"/> Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde, hospital, outras) <input checked="" type="checkbox"/> Rede de Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) <input checked="" type="checkbox"/> Rede de Educação (Creche, escola, outras) <input checked="" type="checkbox"/> Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras) <input checked="" type="checkbox"/> Conselho Tutelar
-----------------------	---

Dados do provável autor da agressão	64 Ciclo de vida do provável autor da violência: <input checked="" type="checkbox"/> 1-Criança (0 a 9 anos) <input type="checkbox"/> 2-Adolescente (10 a 19 anos) <input type="checkbox"/> 3-Jovem (20 a 24 anos) <input type="checkbox"/> 4-Pessoa adulta (25 a 59 anos) <input type="checkbox"/> 5-Pessoa idosa (60 anos ou mais) 9-Ignorado 63 Sexo do provável autor da agressão: <input checked="" type="checkbox"/> 1-Masculino <input type="checkbox"/> 2-Feminino <input type="checkbox"/> 3-Ambos os sexos <input type="checkbox"/> 9-Ignorado 62 Suspeita de uso de álcool: <input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> 9-Ignorado
--	---

Violência Sexual	59 Procedimento realizado: <input checked="" type="checkbox"/> Profilaxia DST <input checked="" type="checkbox"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Coleta de sangue <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal <input checked="" type="checkbox"/> Aborto previsto em lei
-------------------------	---

Violência	56 Tipo de violência: <input checked="" type="checkbox"/> Física <input checked="" type="checkbox"/> Psicológica/Moral <input checked="" type="checkbox"/> Tortura <input checked="" type="checkbox"/> Sexual 55 Essa violência foi motivada por: <input checked="" type="checkbox"/> 01-Sexismo <input checked="" type="checkbox"/> 02-Homofobia/Lesbofobia/Bifobia/Transfobia <input checked="" type="checkbox"/> 03-Racismo <input checked="" type="checkbox"/> 04-Intolerância religiosa <input checked="" type="checkbox"/> 05-Xenofobia <input checked="" type="checkbox"/> 06-Conflito geracional <input checked="" type="checkbox"/> 07-Situação de rua <input checked="" type="checkbox"/> 08-Deficiência <input checked="" type="checkbox"/> 09-Outros <input checked="" type="checkbox"/> 88-Não se aplica 89-Ignorado
------------------	--