

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	Agravos/doença	VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA
3	Código (CID10)	Y09
4	Data da notificação	28/02/2022
5	Município de notificação	Flo de Janeiro
6	Unidade Notificadora	<input checked="" type="checkbox"/> 1 - Unidade de Saúde <input type="checkbox"/> 2 - Unidade de Assistência Social <input type="checkbox"/> 3 - Estabelecimento de Ensino <input type="checkbox"/> 4 - Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> 5 - Unidade de Saúde Indígena <input type="checkbox"/> 6 - Centro Especializado de Atendimento à Mulher <input type="checkbox"/> 7 - Outros
7	Nome da Unidade Notificadora	VIA SINA
8	Unidade de Saúde	VIA SINA
9	Data da ocorrência da violência	20/02/2022
10	Nome do paciente	Mario da Cunha Guimarães
11	Data de nascimento	21/08/1986
12	(ou) Idade	35
13	Sexo	<input checked="" type="checkbox"/> M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino
14	Gestante	<input type="checkbox"/> 1 - 1º trimestre <input type="checkbox"/> 2 - 2º trimestre <input type="checkbox"/> 3 - 3º trimestre <input type="checkbox"/> 4 - Idade gestacional ignorada <input type="checkbox"/> 5 - Não <input type="checkbox"/> 6 - Não se aplica <input type="checkbox"/> 7 - Ignorado
15	Raça/Cor	<input type="checkbox"/> 1 - Branca <input type="checkbox"/> 2 - Preta <input type="checkbox"/> 3 - Amarela <input type="checkbox"/> 4 - Parda <input type="checkbox"/> 5 - Indígena <input type="checkbox"/> 6 - Ignorado
16	Escadaria	<input type="checkbox"/> 0 - Analfabeto <input type="checkbox"/> 1 - 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) <input type="checkbox"/> 2 - 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) <input type="checkbox"/> 3 - 5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) <input type="checkbox"/> 4 - Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) <input type="checkbox"/> 5 - Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) <input type="checkbox"/> 6 - Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) <input type="checkbox"/> 7 - Educação superior incompleta <input type="checkbox"/> 8 - Educação superior completa <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> 10 - Não se aplica
17	Nome do Cartão SUS	7099996986696106
18	Nome da mãe	Maximária Augusto de Lima
19	UF	RJ
20	Município de Residência	Flo de Janeiro
21	Distrito	
22	Bairro	Barro Branco
23	Logradouro (rua, avenida, ...)	Rua Sincro Arceli
24	Número	513
25	Complemento (apto., casa, ...)	
26	Geo campo 1	
27	Geo campo 2	
28	Ponto de Referência	
29	CEP	21210260
30	DDD, Telefone	2199276759
31	Zona	<input checked="" type="checkbox"/> 1 - Urbana <input type="checkbox"/> 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Perturbana <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado
32	Pais (se residente fora do Brasil)	Brazil
33	Nome Social	
34	Ocupação	
35	Situação conjugal / Estado civil	<input type="checkbox"/> 1 - Solteiro <input type="checkbox"/> 2 - Casado/união consensual <input type="checkbox"/> 3 - Viúvo <input type="checkbox"/> 4 - Separado <input type="checkbox"/> 8 - Não se aplica <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado
36	Orientação Sexual	<input type="checkbox"/> 1 - Heterossexual <input type="checkbox"/> 2 - Homossexual (gay/lésbica) <input type="checkbox"/> 3 - Bissexual <input type="checkbox"/> 8 - Não se aplica <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado
37	Identidade de gênero:	<input 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/transstorno?	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 8 - Não se aplica <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado
39	Se sim, qual tipo de deficiência/transstorno?	<input checked="" type="checkbox"/> Deficiência Física <input checked="" type="checkbox"/> Deficiência visual <input type="checkbox"/> Deficiência intelectual <input type="checkbox"/> Deficiência auditiva <input type="checkbox"/> Transtorno de comportamento <input type="checkbox"/> Transtorno mental <input type="checkbox"/> Outras
40	UF	RJ
41	Município de ocorrência	Flo de Janeiro
42	Distrito	
43	Bairro	Barro Branco
44	Logradouro (rua, avenida, ...)	
45	Número	
46	Complemento (apto., casa, ...)	
47	Geo campo 3	
48	Geo campo 4	
49	Ponto de Referência	
50	Zona	<input type="checkbox"/> 1 - Urbana <input type="checkbox"/> 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Perturbana <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado
51	Hora da ocorrência	
52	Local de ocorrência	<input type="checkbox"/> 01 - Residência <input type="checkbox"/> 02 - Habitação coletiva <input type="checkbox"/> 03 - Escola <input type="checkbox"/> 04 - Local de prática esportiva <input type="checkbox"/> 05 - Bar ou similar <input type="checkbox"/> 06 - Via pública <input type="checkbox"/> 07 - Comércio/serviços <input type="checkbox"/> 08 - Indústrias/construção <input type="checkbox"/> 09 - Outro <input type="checkbox"/> 99 - Não informado
53	Ocorreu outras vezes?	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado
54	A lesão foi autoprovocada?	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado

Dados da Ocorrência

Dados da Pessoa Atendida

Dados de Residência

Notificação Individual

Dados Gerais

Município/Unidade de Saúde: Rio de Janeiro - VPP/Bendo
 Nome: Lorraina Lorenzini de Souza
 Função: Assistência Social
 Sinan

Disque-Saúde: 0800 61 1997
 Central de Atendimento à Mulher: 180
 Disque-Denúncia - Combate ao Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes: 100
 Cód. da Unid de Saúde/CNES: 6038913

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

Observações Adicionais: _____

Data de encerramento: 8/30/2022

Dados finais

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

Dados do provável autor da agressão

65 Encaminhamento: Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde, hospital, outras) Rede de Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) Rede de Educação (Creche, escola, outras) Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras) Conselho Tutelar

60 Número de envoltos envolvidos: 1-Um 2-Dois ou mais 9-Ignorado

61 Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida: Pai Mãe Ex-Cônjuge Namorado(a) Ex-Namorado(a) Padrasto Madrasta Filho(a) Cônjuge Imão(a)

62 Sexo do provável autor da agressão: 1-Masculino 2-Feminino 3-Ambos os sexos 9-Ignorado

63 Suspeita de uso de álcool: 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: Conselho do idoso Delegacia de Atendimento ao Idoso Centro de Referência dos Direitos Humanos Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras) Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente

Violência Sexual

59 Procedimento realizado: Profilaxia DST Profilaxia HIV Coleta de sangue Coleta de sêmen Coleta de secreção vaginal

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

Violência

56 Tipo de violência: Física Psicológica/Moral Tortura Sexual Trabalho infantil

57 Meio de agressão: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado

Tráfico de seres humanos Negligência/Abandono Intervenções legais Outras

Força corporal/espantamento Objeção contumeliosa Objeção contumeliosa Objeção contumeliosa Objeção contumeliosa

Arma de fogo Substância/venenamento, intoxicação Ameaça Objeção contumeliosa Objeção contumeliosa

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