

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						
		RJ		Rio de Janeiro						
	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						
Notificação Individual	7	Nome da Unidade Notificadora		Código Unidade						
		JPA - Benha		6033913						
	8	Unidade de Saúde		Código (CNES)						
		JPA - Benha		6033913						
	9	Data da ocorrência da violência		27/02/2022						
	10	Nome do paciente		Luciane de Souza Silva						
Dados de Residência	11	Data de nascimento		09/03/1996						
	12 (ou) Idade	<input checked="" type="checkbox"/> 1 - Hora <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Dia <input type="checkbox"/> 3 - Mês <input type="checkbox"/> 4 - Ano	13	Sexo						
	23	M - Masculino F - Feminino I - Ignorado		<input checked="" type="checkbox"/> F						
	14	Gestante		<input checked="" type="checkbox"/> 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre <input type="checkbox"/> 4- Idade gestacional ignorada 5-Não 6- Não se aplica <input type="checkbox"/> 9-Ignorado						
	15	Raça/Cor		<input checked="" type="checkbox"/> 1-Branca 2-Preta 3-Amarela <input type="checkbox"/> 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado						
	16	Escolaridade		<input checked="" type="checkbox"/> 9 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					
	700607495833667				Luciana Rodrigues de Souza					
Dados da Pessoa Atendida	19	UF	20	Município de Residência						
		RJ		Rio de Janeiro						
	21	Código (IBGE)		21		Distrito				
	22	Bairro		23		Logradouro (rua, avenida,...)				
		Naz Lobo				Rua Carneiro de Mendonça				
Dados da Ocorrência	24	Número		25		Complemento (apto., casa, ...)				
		437								
	26	Geo campo 1		27		Geo campo 2				
	28	Ponto de Referência		29		CEP				
30	(DDD) Telefone		31		Zona					
	2125610380				<input checked="" type="checkbox"/> 1 - Urbana 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana 9 - Ignorado					
Dados Complementares				32		País (se residente fora do Brasil)				
						Brasil				
Dados da Pessoa Atendida	33	Nome Social		34		Ocupação				
	35	Situação conjugal / Estado civil		36		Orientação Sexual				
	1 - Solteiro 2 - Casado/união consensual 3 - Viúvo 4 - Separado 8 - Não se aplica 9 - Ignorado				<input checked="" type="checkbox"/> 1-Heterossexual 3-Bissexual <input type="checkbox"/> 2-Homossexual (gay/lésbica) 8-Não se aplica <input type="checkbox"/> 9-Ignorado		<input checked="" type="checkbox"/> 37 Identidade de gênero: 3-Homem Transexual <input type="checkbox"/> 1-Travesti 8-Não se aplica <input type="checkbox"/> 2-Mulher Transexual 9-Ignorado			
	38	Possui algum tipo de deficiência/ transtorno?		39		Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno?				
	1- Sim 2- Não 9- Ignorado		<input checked="" type="checkbox"/> Sim		<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 visual <input checked="" type="checkbox"/> Transtorno mental <input checked="" type="checkbox"/> Outras <input checked="" type="checkbox"/> Deficiência Intelectual <input checked="" type="checkbox"/> Deficiência auditiva <input checked="" type="checkbox"/> Transtorno de comportamento					
40	UF	41	Município de ocorrência		Código (IBGE)		42	Distrito		
	RJ		Rio de Janeiro							
43	Bairro		44		Logradouro (rua, avenida,...)		Código			
	Naz Lobo				Rua Carneiro de Mendonça					
45	Número		46		Complemento (apto., casa, ...)		47		Geo campo 3	
	437									
49	Ponto de Referência		50		Zona		51		Hora da ocorrência	
						<input checked="" type="checkbox"/> 1 - Urbana 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana 9 - Ignorado		<input checked="" type="checkbox"/> 01 (00:00 - 23:59 horas)		
52	Local de ocorrência		53		Ocorreu outras vezes?		54		A lesão foi autoprovocada?	
<input checked="" type="checkbox"/> 01 - Residência 04 - Local de prática esportiva 07 - Comércio/serviços <input type="checkbox"/> 02 - Habitação coletiva 05 - Bar ou similar 08 - Indústrias/construção <input type="checkbox"/> 03 - Escola 06 - Via pública 09 - Outro <input type="checkbox"/> 99 - Ignorado				<input checked="" type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		<input checked="" type="checkbox"/> 2 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado				

SVS 03.06.2015

Nome: **Rio de Janeiro / UPA-Banco**
 Função: **Assistente Social**
 Assinatura: _____
 Município/Unidade de Saúde: _____
 Cód. da Unid. de Saúde/CNES: **6038913**

Disque-Saúde: **0800 61 1997**
 Central de Atendimento à Mulher: **180**
 Disque-Denúncia - Combate ao Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes: **100**

Nome do acompanhante: _____
 Vínculo/grau de parentesco: _____
 Observações Adicionais: _____

Informações complementares e observações: _____

Dados finais
 69 Data de encerramento: **08/03/2022**
 66 Violência Relacionada ao Trabalho: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado

Encaminhamento
 65 Encaminhamento: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado
 Rede de 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

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 (20 a 24 anos)
 4-Pessoa adulta (25 a 59 anos)
 5-Pessoa idosa (60 anos ou mais)
 63 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
 61 Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado
 Pai Mãe Ex-Cônjuge Namorado(a) Ex-Namorado(a) Padrasto Madrasta Cônjuge Irmão(a) Filho(a) Outros
 Amigos/conhecidos Policial/agente da lei Cuidador(a) Patrão/chefe Pessoa com relação institucional

Violência Sexual
 60 Número de envolvidos: 1-Um 2-Dois ou mais 9-Ignorado
 59 Procedimento realizado: 1-Sim 2-Não 8-Não se aplica 9-Ignorado
 Profilaxia DST Profilaxia Hepatite B Profilaxia HIV Coleta de sangue Coleta de secreção vaginal Aborto previsto em lei Contracepção de emergência

Violência
 58 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1-Sim 2-Não 8-Não se aplica 9-Ignorado
 Trabalho infantil Estupro Pornografia infantil Exploração sexual Outros
 57 Meio de agressão: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado
 Obj. pênalti-cortante Obj. pênalti-cortante Obj. quente Substância/Arma de fogo Arma de fogo Obj. contundente Obj. contudente Intoxicação Envenenamento, Outros
 56 Tipo de violência: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado
 Física Psicológica/Moral Negligência/Abandono Trabalho infantil Tráfico de seres humanos Intervenção legal Negligência/Abandono Outras
 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-Dificuldade 09-Outros 88- Não se aplica 99-Ignorado