

## DADOS DE SAÚDE

Número do CartãoSUS

*Abc*

Apresenta alguma deficiência/Síndrome?

☐ Sim ☐ Não

Qual?

Clique aqui para pesquisa ▼

Busca avançada

Deficiência em decorrência da violência sofrida?

☐ Sim  
☐ Não

Apresenta Problema de Saúde?

☐ Sim ☐ Não

Qual?

*Abc*

Já foi atendido por psicólogo?

☐ Sim ☐ Não

Quanto tempo?

*Abc*

Já foi atendido por psiquiatra?

☐ Sim ☐ Não

Quanto tempo?

*Abc*

Faz uso de medicamento?

☐ Sim ☐ Não

Quais?

*Abc*

Há quanto tempo?

Clique aqui par ▼

Busca avançada

Faz uso de drogas ilícitas?

☐ Sim ☐ Não

☐ Tabaco

☐ Medicamento

☐ Álcool

☐ Outras

Outras

*Abc*

Faz uso de drogas ilícitas?

☐ Sim ☐ Não

☐ Cocaína

☐ Crack

☐ Maconha

☐ Outras

Outras

*Abc*

Gestante?

☐ Sim  
☐ Não

Tempo de gestação

Clique aqui par ▼

Busca avançada

Decorrente de violência, já sofreu algum aborto?

☐ Sim  
☐ Não

Preventivo câncer colo do útero

☐ Sim ☐ Não

Quando (ano)?

*Abc*

Mamografia

☐ Sim  
☐ Não

Quando (ano)?

*Abc*

Realizou exame de HIV?

☐ Sim  
☐ Não

Qual o resultado?

☐ Negativo  
☐ Positivo

Contraiu com o agressor?

☐ Sim  
☐ Não

Faz acompanhamento?

☐ Sim  
☐ Não

Há quanto tempo faz tratamento?

Clique aqui par ▼

Busca avançada

DADOS SOCIAIS DA FAMÍLIA

Benefícios sociais

- ☐ Auxílio-acolhida
- ☐ Bolsa Família
- ☐ Auxílio Emergencial
- ☐ Benefício de Prestação Continuada (BPC)
- ☐ Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI)
- ☐ Garantia-Safra e Seguro-Defeso (ou Pescador Artesanal)
- ☐ Auxílio-Reclusão
- ☐ Não recebe

Total de filhos(as)

Clique aqui para pes ▼

Busca avançada

Renda familiar

Clique aqui para pes ▼

Busca avançada

Situação habitacional

Clique aqui para pes ▼

Busca avançada

Outros

Abc

COMPOSIÇÃO FAMILIAR (todos da residência)

- ☐ NOME COMPLETO ⇅
- PARENTESCO ⇅
- IDADE (ANOS) ⇅
- MESES ⇅

Observações

Nome

Abc

Parentesco

Clique aqui para pesquisar

▼

[Busca avançada](#)

Idade

123

anos

123

meses

Escolaridade

Clique aqui para pesquisar

▼

Rede de ensino

Escolha um item

▼

Profissão

Abc

[Busca avançada](#)

Deficiência motora?

☐ Sim ☐ Não

Deficiência auditiva?

☐ Sim ☐ Não

Deficiência visual?

☐ Sim ☐ Não

Deficiência mental?

☐ Sim ☐ Não

Beneficiário de programa social?

Escolha um item

▼

Beneficiário BPC?

☐ Sim ☐ Não

## DADOS DO(A) AUTOR(A)

☐

CPF ↕

Nome ↕

Grau de parentesco ↕

IDENTIFICAÇÃO

CPF

000.000.000-00

Ator

Nome

Ator

Nome social

Ator

RG

Ator

Órgão de emissão

Ator

UF

Clique aqui para pesquisar

Busca avançada

tipo de crime com a vítima

Clique aqui para pesquisar

Busca avançada

Cidade civil

Clique aqui para pesquisar

Busca avançada

Identidade de gênero

Clique aqui para pesquisar

Busca avançada

Orientação sexual

Clique aqui para pesquisar

Busca avançada

Currículo

Clique aqui para pesquisar

Busca avançada

Religião/Crença

Clique aqui para pesquisar

Busca avançada

Cidade civil

Clique aqui para pesquisar

Busca avançada

Identidade de gênero

Clique aqui para pesquisar

Busca avançada

Orientação sexual

Clique aqui para pesquisar

Busca avançada

Currículo

Clique aqui para pesquisar

Busca avançada

Religião/Crença

Clique aqui para pesquisar

Busca avançada

Nome da pai

Ator

Nome da mãe

Ator

ENDEREÇO

☐ Mesmo endereço da vítima

☐ Não sei o CEP

CEP

Ator

Logradouro

Ator

Número

Ator

Complemento

Ator

Bairro

Ator

Cidade

Ator

UF

Escolha um item

UF

Ator

País de referência

Ator

Tel/fone

(00) 0000-0000

Ator

Celular

(00) 0000-0000

Ator

E-mail

Ator

Data de nascimento

DD/MM/YYYY

Ator

Idade

123

UF de nascimento

Clique aqui para pesquisar

Busca avançada

Cidade de nascimento

Clique aqui para pesquisar

Busca avançada

Nacionalidade

Ator

ESCOLARIDADE

Grau escolar alcançado

Clique aqui para pesquisar

Busca avançada

situação escolar

Cidade

Ator

Clique aqui para pesquisar

Busca avançada

Acadêmico

Escolha um item

Natureza da Pós Graduação

Clique aqui para pesquisar

Busca avançada

DADOS PROFISSIONAIS

Local de trabalho

Ator

Telefone

Ator

Endereço do trabalho

Ator

País de referência

Ator

Situação de ocupação

Escolha um item

Ocupação/Instituição

Ator

Profissional de segurança pública

☐ Sim ☐ Não

Qual

Escolha um item

Natureza individual

Clique aqui para pesquisar

Busca avançada

SAÚDE FÍSICA

Far uso de drogas ilícitas?

☐ Sim ☐ Não

☐ Tabaco

☐ Alcool

☐ Medicamento

☐ Outra

Qual?

Ator

Far uso de drogas ilícitas?

☐ Sim ☐ Não

☐ Maconha

☐ Cocaína

☐ Crack

☐ Outra

Qual?

Ator

ASPECTOS CRIMINAIS

Procur arma?

☐ Sim ☐ Não

tipo da arma

Escolha um item

Entendimento com a criminalidade?

☐ Sim ☐ Não

Qual?

Ator

Já foi preso?

☐ Sim ☐ Não

Prisão preventiva?

☐ Sim ☐ Não

Prisão em flagrante?

☐ Sim ☐ Não

Condenação?

☐ Sim ☐ Não

tipo de condenação

Escolha um item

tipo de regime

Escolha um item

Qual delito?

Escolha um item

Outro

Ator

Violência contra outras pessoas?

☐ Sim ☐ Não

Violência contra familiares?

☐ Sim ☐ Não

Violência contra o(s) í(s)ter(s)?

☐ Sim ☐ Não

Medidas prolativas (mediante descumprimento do(s) autor(s))

Monitoração eletrônica

☐ Sim ☐ Não

Índole

☐ Sim ☐ Não

Falácia

☐ Sim ☐ Não

Outras medidas

☐ Sim ☐ Não

# TIPIFICAÇÃO DA VIOLÊNCIA

## Relacionamento com o(a) autor(a)

Tempo de convivência (em anos)

Clique aqui para pesquisar

Busca avançada

Tipo de relacionamento

Clique aqui para pesquisar

Busca avançada

## Física

- |  |                                      |  |                                    |
|--|--------------------------------------|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Uso de objetos  | <input type="checkbox"/> Sufocamento | <input type="checkbox"/> Fraturas      | <input type="checkbox"/> Pontapés  |
| <input type="checkbox"/> Espancamento    |                                      | <input type="checkbox"/> Queimaduras   |                                    |
| <input type="checkbox"/> Mordidas        | <input type="checkbox"/> Empurrão    | <input type="checkbox"/> Rasteira      | <input type="checkbox"/> Tapa      |
| <input type="checkbox"/> Soco            |                                      | <input type="checkbox"/> Torção        |                                    |
| <input type="checkbox"/> Puxão de Cabelo | <input type="checkbox"/> Tortura     | <input type="checkbox"/> Envenenamento | <input type="checkbox"/> Sequestro |
| <input type="checkbox"/> Outras          |                                      |  |                                    |

Abc

## Psicológica

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ameaças       | <input type="checkbox"/> Desprezo/humilhação | <input type="checkbox"/> Privação de liberdade |
| <input type="checkbox"/> Assédio moral | <input type="checkbox"/> Gritos              | <input type="checkbox"/> Perseguição           |
| <input type="checkbox"/> Chantagem     | <input type="checkbox"/> Xingamento          | <input type="checkbox"/> Outras                |

Abc

## Sexual

- |                                  |   |  |
|----------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Estupro | <input type="checkbox"/> Assédio sexual | <input type="checkbox"/> Importunação sexual |
| <input type="checkbox"/> Outras  |   |  |

Abc

## Patrimonial

- |                                   |                                    |  |
|-----------------------------------|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Retenção | <input type="checkbox"/> Subtração | <input type="checkbox"/> Destruição parcial ou total |
|-----------------------------------|------------------------------------|--|

Discriminar bens

Abc

▼ **Moral**

☐ Difamação

☐ Injúria

☐ Calúnia

▼ **Tráfico de seres humanos**

☐ Fins Sexuais

☐ Fins Trabalho Forçado

☐ Fins Retirada de Órgãos

▼ **Local da agressão**

☐ Residência

☐ Via pública

☐ Ambiente de trabalho

☐ Escola

☐ Habitação coletiva

☐ Terreno baldio

☐ Bar ou similares

☐ Outros

▼ **Horário do ocorrido**

☐ Manhã

☐ Tarde

☐ Noite

☐ Madrugada

☐ Todos os horários

▼ **Fatores relacionados à violência**

☐ Ciúmes

☐ Doença mental

☐ Uso de drogas

☐ Disputa de bens

☐ Gravidez indesejada

☐ Adultério

☐ Temperamento agressivo

☐ Causa econômica

☐ Outros

▼ **Pessoas que têm conhecimento das agressões**

Familiares, vizinhos ou amigos têm conhecimento das agressões?

☐ Sim ☐ Não

Contato de Referência

Telefone

Grau de relacionamento

[Busca avançada](#)

Grau de relacionamento - tirar

[Busca avançada](#)

▼ **CIODS**

**Solicitar senha CIODS?**

☐ Sim ☐ Não

o qual relata que... (sucinto) (TEXTO DO CORPO DO EMAIL QUE SERÁ ENVIADO)

## Solicitar senha CIODS?

☐ Sim ☐ Não

o qual relata que... (sucinto) (TEXTO DO CORPO DO EMAIL QUE SERÁ ENVIADO)



Abc

Senha CIODS solicitada por e-mail

## RELATO DO CASO

Descreva o caso aqui



☐ Editar relato

O que deseja fazer?

- ☐ Disponibilizar prontuário
- ☐ Arquivar (essa opção encerra o prontuário)



# EVOLUÇÕES

☐ Data ↕

Evolução ↕

Profissional ↕

0 - 0 < >

## Anexos




Esta funcionalidade requer o componente  
SE Workflow.


Data

DD/MM/YYYY



Evolução







Assinatura  
Nome  
Matrícula