

## DADOS DE SAÚDE

Número do CartãoSUS

Abc

Apresenta alguma deficiência/Síndrome?

Sim  Não

Qual?

Clique aqui para pesquisar ▼

[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

Faz uso de drogas ilícitas?

Sim  Não

Cocaína

Crack

Maconha

Outras

Outras

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 ▾

0 - 0 < >

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?

Deficiência auditiva?

Deficiência visual?

Deficiência mental?

Sim  Não

Sim  Não

Sim  Não

Sim  Não

Beneficiário de programa social?

Beneficiário BPC?

Escolha um item

Sim  Não

## DADOS DO(A) AUTOR(A)

CPF

Nome

Grau de parentesco

IDENTIFICAÇÃO

CPF	<input type="text" value="000.000.000-00"/>	<input type="button" value="Alt"/>	<input type="text" value="Nome"/>	<input type="button" value="Alt"/>	<input type="text" value="Nome social"/>	<input type="button" value="Alt"/>
RG	<input type="text"/>	<input type="button" value="Alt"/>	<input type="text" value="Órgão de expedição"/>	<input type="button" value="Alt"/>	<input type="text" value="UF"/>	<input type="button" value="Alt"/>
			<input type="button" value="Clique aqui para pesquisar"/>		<input type="text" value="Tipo de vínculo com a vítima"/>	<input type="button" value="Alt"/>
			<input type="button" value="Busca avançada"/>		<input type="button" value="Clique aqui para pesquisar"/>	<input type="button" value="Alt"/>
<input type="text" value="Estado civil"/>		<input type="text" value="Identidade do gênero"/>	<input type="text" value="Orientação sexual"/>	<input type="text" value="Confinado"/>	<input type="text" value="Religião/Crença"/>	
<input type="button" value="Clique aqui para pesquisar"/>		<input type="button" value="Clique aqui para pesquisar"/>				
<input type="button" value="Busca avançada"/>		<input type="button" value="Busca avançada"/>				
<input type="text" value="Estado civil"/>		<input type="text" value="Identidade de gênero"/>	<input type="text" value="Orientação sexual"/>	<input type="text" value="Confinado"/>	<input type="text" value="Religião/Crença"/>	
<input type="button" value="Clique aqui para pesquisar"/>		<input type="button" value="Clique aqui para pesquisar"/>				
<input type="button" value="Busca avançada"/>		<input type="button" value="Busca avançada"/>				
<input type="text" value="Nome da mãe"/>						
<input type="text" value="Nome do pai"/>						

**ENDEREÇO**

<input type="checkbox"/> Mesmo endereço da vítima	<input type="checkbox"/> Não sei o CEP			
CEP <input type="text"/>	Logradouro <input type="text"/>	Número <input type="text"/>		
Complemento <input type="text"/>	Bairro <input type="text"/>	Cidade <input type="text"/>	UF <input type="text"/>	
Foto da referência <input type="text"/>				
Telefone <input type="text"/> (xx) 0000-0000	Celular <input type="text"/> (xx) 0000-0000	E-mail <input type="text"/>	Data do nascimento <input type="text"/> DD/MM/YYYY	Mês <input type="text"/>
UF do nascimento <input type="text"/>	Estado do nascimento <input type="text"/>	Nascida/vivente <input type="text"/>		
Classe aqui para pesquisar <input type="text"/>	Classe aqui para pesquisar <input type="text"/>			
Busca avançada <input type="text"/>				

## ESCOLARIDADE

<b>Grau escolar alcançado</b>	<b>Situação escolar</b>	<b>Natureza da Pós Graduação</b>
<input type="text" value="Clique aqui para pesquisar"/> <input type="button" value="Buscar imediatamente"/>	<input type="text" value="Clique aqui para pesquisar"/> <input type="button" value="Buscar imediatamente"/>	<input type="text" value="Clique aqui para pesquisar"/> <input type="button" value="Buscar imediatamente"/>

## DADOS PROFISSIONAIS

Local de trabalho:	<input type="text"/>	Abrir	Telefone:	<input type="text"/>	Abrir		
Endereço do trabalho:	<input type="text"/>					Abrir	
Foto de referência:	<input type="file"/>					Abrir	
Situação de inspeção:	<input type="button" value="Escolha um item"/>	▼	Organização/Instituição:	<input type="text"/>	Abrir	Profissional da segurança pública:	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
Caso:	<input type="button" value="Escolha um item"/>			Abrir	Nome instituição:		
					<input type="button" value="Clique aqui para pesquisar"/>		
					<input type="button" value="Busca avançada"/>		

SAÚDE FÍSICA

Par uso de cigarro/mais?	<input type="checkbox"/> Tabaco	<input type="checkbox"/> Álcool	<input type="checkbox"/> Medicamento	<input type="checkbox"/> Outra	Qual?	Aba
○ Sim ○ Não						
Par uso de cocaína?	<input type="checkbox"/> Maconha	<input type="checkbox"/> Cocaína	<input type="checkbox"/> Crack	<input type="checkbox"/> Outra	Qual?	Aba
○ Sim ○ Não						

AFFECTO & CRIMINAL

Perdeu sono?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	Tipo da amea:	Escolha um item	Ensinamento com a criminalidade?	<input type="radio"/> Sim- <input type="radio"/> Não	Qual?	<input type="text"/>
Já foi preso(a)?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	Praça preventiva?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	Praça em disputa?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		
Condenado(a)?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	Tipo de condenação:	Escolha um item	Tipo de regime:	Escolha um item	Qual direito?	<input type="text"/>
Violência contra outras pessoas?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	Violência contra humilhante?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	Violência contra outras (físicas)?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		
<b>Medidas protetivas (mediante descumprimento do(a) autor(a))</b>							
Monitorização eletrônica	<input type="radio"/> Pode	Franquia		Guanas Necessárias			

## TIPIFICAÇÃO DA VIOLENCIA

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

Tempo de convivência (em anos)

[Clique aqui para pesquisar](#)

Tipo de relacionamento

[Clique aqui para pesquisar](#)

[Busca avançada](#)

### ▼ Física

Uso de objetos

Sufocamento

Fraturas

Pontapés

Espancamento

Queimaduras

Mordidas

Empurrão

Rasteira

Tapa

Soco

Torção

Puxão de Cabelo

Tortura

Envenenamento

Sequestro

Outras

Abc

### ▼ Psicológica

Ameaças

Desprezo/humilhação

Privação de liberdade

Assédio moral

Gritos

Perseguição

Chantage

Xingamento

Outras

Abc

### ▼ Sexual

Estupro

Assédio sexual

Importunação sexual

Outras

Abc

### ▼ Patrimonial

Retenção

Subtração

Destrução parcial ou total

Discriminar bens

Formular para discriminar bens

Este formulário é destinado a registrar casos de violência doméstica e familiar simples. Ele permite que os dados sejam inseridos de forma rápida e eficiente, facilitando a análise e o acompanhamento das situações.

O formulário é dividido em seções que correspondem às tipologias de violência:

- Relacionamento com o(a) autor(a):** Permite a busca por tempo de convivência (em anos) e tipo de relacionamento, com uma opção para busca avançada.
- Física:** Lista de opções para tipos de violência física, com uma barra de busca para "Outras".
- Psicológica:** Lista de opções para tipos de violência psicológica, com uma barra de busca para "Outras".
- Sexual:** Lista de opções para tipos de violência sexual, com uma barra de busca para "Outras".
- Patrimonial:** Lista de opções para tipos de violência patrimonial, com uma barra de busca para "Outras".

Os campos de busca permitem filtrar os resultados de acordo com as opções selecionadas. As buscas são realizadas na base de dados existente, resultando em uma lista de resultados que podem ser visualizados e manipulados.

É importante lembrar que este formulário é um auxílio para a gestão da violência doméstica e familiar simples. Ele não substitui a necessidade de atendimento profissional e legal.

#### ▼ 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

Abc

#### ▼ 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

Adulterio

Temperamento agressivo

Causa econômica

Outros

Abc

#### ▼ Pessoas que têm conhecimento das agressões

Familiares, vizinhos ou amigos têm conhecimento das agressões?

Sim  Não

Contato de Referência

Abc

Telefone

Abc

Grau de relacionamento

Clique aqui para pesquisar

Busca avançada

Grau de relacionamento - tirar

Clique aqui para pesquisar

Busca avançada

#### ▼ CIODS

Solicitar senha CIODS?

Sim  Não

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

Abc

## Solicitar senha CIODS?

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

Sim  Não

Abc

Senha CIODS solicitada por e-mail

## RELATO DO CASO

Descreva o caso aqui

ABC

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

\*