

Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas 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, indígenas e população LGBT.

Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual											
	2	Agravado/doença		VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA		Código (CID10)	3	Data da notificação							
	4	UF	5	Município de notificação				Código (IBGE)							
	6	Unidade Notificadora		<input 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				Código Unidade	9	Data da ocorrência da violência							
	8	Unidade de Saúde				Código (CNES)	11	Data de nascimento							
	10	Nome do paciente					15	Raça/Cor							
	12	(ou) Idade	<input type="checkbox"/> 1 - Hora <input type="checkbox"/> 2 - Dia <input type="checkbox"/> 3 - Mês <input type="checkbox"/> 4 - Ano	13	Sexo	M - Masculino F - Feminino I - Ignorado		14	Gestante	<input type="checkbox"/> 1-1ºTrimestre <input type="checkbox"/> 2-2ºTrimestre <input type="checkbox"/> 3-3ºTrimestre <input type="checkbox"/> 4- Idade gestacional ignorada <input type="checkbox"/> 5-Não <input type="checkbox"/> 6- Não se aplica <input type="checkbox"/> 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-Esíno médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Esíno 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									
Dados de Residência	19	UF	20	Município de Residência		Código (IBGE)	21	Distrito							
	22	Bairro		23		Logradouro (rua, avenida,...)		Código							
	24	Número	25	Complemento (apto., casa, ...)			26	Geo campo 1							
	27	Geo campo 2		28		Ponto de Referência		29	CEP						
	30	(DDD) Telefone		31	Zona	1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		32	País (se residente fora do Brasil)						
	33	Nome Social		34	Ocupação										
	35	Situação conjugal / Estado civil													
	36	Orientação Sexual	3-Bissexual 1-Heterossexual 2-Homossexual (gay/lésbica)	37	Identidade de gênero:		3-Homem Transexual 8-Não se aplica 2-Mulher Transexual 9-Ignorado								
	38	Possui algum tipo de deficiência/ transtorno?	39	Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno?		1 - Sim 2 - Não 8 - Não se aplica 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Deficiência Física <input type="checkbox"/> Deficiência visual <input type="checkbox"/> Deficiência Intelectual <input type="checkbox"/> Deficiência auditiva		1	Sim	2	Não	8	Não se aplica	9	Ignorado
	40	UF	41	Município de ocorrência		Código (IBGE)	42	Distrito							
43	Bairro		44		Logradouro (rua, avenida,...)		Código								
45	Número	46	Complemento (apto., 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)								
52	Local de ocorrência				07 - Comércio/serviços 08 - Indústrias/construção 09 - Outro _____ 99 - Ignorado	53	Ocorreu outras vezes? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado								
01 - Residência 02 - Habitação coletiva 03 - Escola	04 - Local de prática esportiva 05 - Bar ou similar 06 - Via pública					54	A lesão foi autoprovocada? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado								

Violência	55 Essa violência foi motivada por: <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Psicológica/Moral <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Sexual	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	<input type="checkbox"/>		
	56 Tipo de violência <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> Financeira/Econômica <input type="checkbox"/> Negligência/Abandono <input type="checkbox"/> Trabalho infantil	1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Intervenção legal <input type="checkbox"/> Outros	57 Meio de agressão <input type="checkbox"/> Força corporal/espâncamento <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Obj. contundente	1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Obj. pérfurante <input type="checkbox"/> Substância/Obj. quente <input type="checkbox"/> Envenenamento, Intoxicação <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Ameaça <input type="checkbox"/> Outro _____	
Violência Sexual	58 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? <input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Estupro	1- Sim 2 - Não 8 - Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Pornografia infantil <input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> Outros _____			
Dados do provável autor da violência	59 Procedimento realizado <input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B <input type="checkbox"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Coleta de sangue	1- Sim 2 - Não 8 - Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Coleta de sêmen <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal	<input type="checkbox"/> Contracepção de emergência <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei		
	60 Número de envolvidos 1 - Um 2 - Dois ou mais 9 - Ignorado	61 Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Cônjugue <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Irmão(ã)	1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Desconhecido(a) <input type="checkbox"/> Cuidador(a) <input type="checkbox"/> Patrônio/chefe <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional <input type="checkbox"/> Policial/agente <input type="checkbox"/> da lei <input type="checkbox"/> Própria pessoa <input type="checkbox"/> Outros _____	62 Sexo do provável autor da violência 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		
Encaminhamento	65 Encaminhamento: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde,hospital,outras) <input type="checkbox"/> Rede da Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) <input type="checkbox"/> Rede da Educação (Creche, escola, outras) <input type="checkbox"/> Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras) <input type="checkbox"/> Conselho Tutelar	<input type="checkbox"/> Conselho do Idoso <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento ao Idoso <input type="checkbox"/> Centro de Referência dos Direitos Humanos <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente	<input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> Justiça da Infância e da Juventude <input type="checkbox"/> Defensoria Pública		
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		
	69 Data de encerramento _____				

Informações complementares e observações

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

Disque Saúde - Ouvidoria Geral do SUS 136	TELEFONES ÚTEIS Central de Atendimento à Mulher 180	Disque Direitos Humanos 100
Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde/CNES
Nome	Função	Assinatura
Violência interpessoal/autoprovocada	Sinan	SVS 15.06.2015