

SES:

(Periodicidade de notificação – 7 Dias)

Nº

\*\*VIOLÊNCIA SEXUAL E TENTATIVA DE SUICÍDIO NOTIFICAR EM ATÉ 24H\*\*

Campo de preenchimento do enfermeiro: O prazo de notificação no SINAN foi cumprido?

( ) Sim ( ) Não

## SINAN

### SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

**DEFINIÇÃO DE CASO:** Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres, homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoas com deficiência, indígenas e população LGBT. **Atenção:** Em casos de suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes, a notificação deve ser obrigatória e dirigida aos Conselhos Tutelares, de acordo com o **art. 13 da Lei no 8.069/1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente**. Também são considerados de notificação compulsória todos os casos de violência contra a mulher (**Decreto-Lei no 5.099 de 03/06/2004, Lei no 10.778/2003**) e maus tratos contra a pessoa idosa (**artigo 19 da Lei no 10.741/2003**).

<b>DADOS GERAIS</b>	1 – Tipo de Notificação		2 - Individual			
	2 – Agravado/Doença				Código – (CID10)	3 – Data da Notificação
	<b>VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA</b>				<b>Y09</b>	
	4 – UF	5 – Município de notificação			Código (IBGE)	
<b>NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL</b>	6- Unidade Notificadora <input 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			
	7- Nome da Unidade Notificadora				Código da Unidade	9- Data da ocorrência da violência
	8- Unidade de Saúde				Código (CNES)	
	10- Nome do paciente					11- Data de Nascimento
	12-(ou) Idade <input type="checkbox"/>	1- Hora <input type="checkbox"/>	13- Sexo <input type="checkbox"/>	14- Gestante <input type="checkbox"/>	15- Raça/Cor <input type="checkbox"/>	
		2- Dia <input type="checkbox"/>	1-1º Trimestre <input type="checkbox"/>	2- 2ºTrimestre <input type="checkbox"/>	15- Raça/Cor <input type="checkbox"/>	
		3- Mês <input type="checkbox"/>	3- 3º Trimestre <input type="checkbox"/>	4- Idade gestacional Ignorada <input type="checkbox"/>	1-Branca 2- Preta 3- Amarela	
		4- Ano <input type="checkbox"/>	5- Não <input type="checkbox"/>	6- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/>	4-Parda 5- Indígena 9- Ignorado	
		16- Escolaridade				
		0-Analfabeto 1- 1º ao 5º ano incompleto do EF (antigo 1ª a 4ª série) 2- 5º ano completo do EF (antigo primário ou 1º grau) <input type="checkbox"/>				
		3- 6º ao 9º ano incompleto do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4- Ensino Fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau)				
		5-Ensino Médio Incompleto (2º grau) 6- Ensino Médio Completo (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				
<b>DADOS DE RESIDÊNCIA</b>	19-UF	20- Município de Residência			Código (IBGE))	21-Distrito/RA
	22- Bairro	23- Logradouro (rua, avenida, quadra...)			Código	
	24- Número	25-Complemento (apto, casa,...)			26-Geo Campo1	
	27- Geo Campo 2	28- Ponto de Referência			29- CEP	
	30-(DDD) Telefone	31-Zona <input type="checkbox"/>			32- País (se reside fora do Brasil)	
		1-Urbana 2-Rural 3-Periurbana 9- Ignorado				

#### Dados Complementares

<b>DADOS DA PESSOA ATENDIDA</b>	33- Nome Social		34-Ocupação		
	35- Situação Conjugal/Estado Civil				
	1 – Solteiro 2 - Casado/união consensual 3- Viúvo 4 – Separado 8- Não se aplica 9 – Ignorado <input type="checkbox"/>				
	36- Orientação Sexual		37- Identidade de gênero		
1-Heterossexual		1-Travesti <input type="checkbox"/>			
2- Homossexual(gay/lésbica)		3-Homem Transexual <input type="checkbox"/>			
8- Não se aplica <input type="checkbox"/>		2- Mulher Transexual 8-Não se aplica 9-Ignorado			
9-Ignorado <input type="checkbox"/>					
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			
1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Deficiência Física <input type="checkbox"/> Deficiência Visual <input type="checkbox"/> Transtorno Mental <input type="checkbox"/> Outras _____			
		<input type="checkbox"/> Deficiência Intelectual <input type="checkbox"/> Deficiência Auditiva <input type="checkbox"/> Transtorno de Comportamento			
<b>DADOS DA OCORRÊNCIA</b>	40-UF	41- Município de Ocorrência		Código (IBGE))	42-Distrito/RA
	43- Bairro	44- Logradouro (rua, avenida, quadra...)		Código	
	45- Número	46-Complemento (apto, casa,...)		47-Geo Campo3	48- Geo Campo 4
	49-Ponto de Referência		50 –Zona de Ocorrência <input type="checkbox"/>		51-Hora de Ocorrência (00:00-23:59 horas)
			1-Urbana 2- Rural 3- Periurbana 9-Ignorado		
	52- Local de Ocorrência		07-Comércio/serviços <input type="checkbox"/>		53-Ocorreu outras vezes? <input type="checkbox"/>
	01-Residência		08-Indústrias/Construção <input type="checkbox"/>		1-Sim 2-Não 9-Ignorado
02-Habitação Coletiva		09-Outro <input type="checkbox"/>		54-A lesão foi autoprovocada? <input type="checkbox"/>	
03-Escola		06-Via Pública <input type="checkbox"/>		1-Sim 2-Não 9-Ignorado	

VIOLÊNCIA	55-Essa violência foi motivada por: 01-Sexismo 02-Homofobia/Lesbofobia/Bifobia/Transfobia 03-Racismo 04-Intolerância Religiosa 88-Não se aplica 05-Xenofobia 06-Conflito Geracional 07-Situação de Rua 08-Deficiência 09-Outros 99-Ignorado				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	56-Tipo de Violência		1-Sim 2-Não 9-Ignorado		57-Meio da Agressão	
	1-Sim 2-Não 9-Ignorado		1-Sim 2-Não 9-Ignorado		1-Sim 2-Não 9-Ignorado	
	<input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Psicológica/Moral <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Sexual		<input type="checkbox"/> Tráfico de Seres Humanos <input type="checkbox"/> Financeira/Econômica <input type="checkbox"/> Negligência/abandono <input type="checkbox"/> Trabalho Infantil		<input type="checkbox"/> Intervenção Legal <input type="checkbox"/> Outros:Tentativa de Suicídio <input type="checkbox"/> Outros: Aut mutilações <input type="checkbox"/> Outros _____	
VIOLÊNCIA SEXUAL	58- Se ocorreu violência sexual, qual o tipo?				1-Sim 2-Não 8-Não se aplica 9-Ignorado	
	<input type="checkbox"/> Assédio Sexual <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Pomografia Infantil <input type="checkbox"/> Exploração Sexual <input type="checkbox"/> Outros _____					
	59- Procedimento realizado				1-Sim 2-Não 8-Não se aplica 9-Ignorado	
	<input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B <input type="checkbox"/> Coleta de sangue <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					
DADOS DO PROVÁVEL AUTOR DA VIOLÊNCIA	60-Número de envolvidos		61- Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida		62-Sexo do provável autor da agressão	
	<input type="checkbox"/> 1- Um 2-Dois ou mais 9-Ignorado		1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Padastro <input type="checkbox"/> Madastra <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Ex-namorado(a) <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Imão(ã) <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Desconhecido(a) <input type="checkbox"/> Cuidador(a) <input type="checkbox"/> Patrão/Chefe <input type="checkbox"/> Pessoal com relação institucional <input type="checkbox"/> Policial/agente da lei <input type="checkbox"/> Própria pessoa <input type="checkbox"/> Outros _____		<input type="checkbox"/> 1-Masculino 2-Feminino 3- Ambos os Sexos 9-Ignorado	
					63-Suspeita de Uso de álcool	
					<input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	
EVOLUÇÃO E ENCAMINHAMENTOS	64- Ciclo de vida do provável autor da violência:				5-Pessoa idosa (60 anos ou mais) 9- Ignorado	
	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)					
	65- Encaminhamento:				1-Sim 2-Não 9-Ignorado	
	<input type="checkbox"/> Rede de 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					
66- Violência Relacionada ao Trabalho		67- Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT)		68- Circunstância da lesão		
1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/>		1-Sim 2-Não 8-Não se aplica 9-Ignorado <input type="checkbox"/>		CID 10 - _____		
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		

Mód.110.195

Verso

VISTORIA DO ENFERMEIRO: DATA \_\_\_\_\_ ASSINATURA \_\_\_\_\_