

## FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS

**Definição de caso:** Suspeita ou confirmação de violência. Considera-se violência como o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (OMS, 2002).

**Atenção:** Em casos de suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes, a notificação deve ser obrigatória e dirigida aos Conselhos Tutelares e/ou autoridades competentes (Juizado da Infância e Juventude e/ou Ministério Público da localidade), 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).

|                          |    |   |  |  |               |  |   |  |
|--------------------------|----|---|--|--|---------------|--|---|--|
| Dados Gerais             | 1  | Tipo de Notificação                           |  | 2 - Individual                                     |               |  |   |  |
|                          | 2  | Agravado/doença                               |  | VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS |               |  |   |  |
|                          | 3  |   | Data da notificação                            |  |               |  |   |  |
|                          | 4  | UF  | 5  | Município de notificação                           | Código (IBGE) |  |   |  |
| Notificação Individual   | 6  |   | Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) |  | Código (CNES) |  |   |  |
|                          | 7  |   | Data da ocorrência da violência                |  |               |  |   |  |
|                          | 8  |   | Nome do paciente                               |  | 9             | Data de nascimento                           |   |  |
|                          | 10 |   | (ou) Idade                                     |  | 11            | Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado |   |  |
| Dados de Residência      | 12 |   | Gestante                                       |  | 13            |  | Raça/Cor                                      |  |
|                          | 14 |   | Escolaridade                                   |  | 15            |  | Número do Cartão SUS                          |  |
|                          | 16 |   | Nome da mãe                                    |  | 17            |  | UF  |  |
|                          | 18 |   | Município de Residência                        |  | 19            |  | Distrito                                      |  |
| Dados da Pessoa Atendida | 20 |   | Bairro   |  | 21            |  | Logradouro (rua, avenida,...)                 |  |
|                          | 22 |   | Número   |  | 23            |  | Complemento (apto., casa, ...)                |  |
|                          | 24 |   | Geo campo 1                                    |  | 25            |  | Geo campo 2                                   |  |
|                          | 26 |   | Ponto de Referência                            |  | 27            |  | CEP   |  |
| Dados da Ocorrência      | 28 |   | (DDD) Telefone                                 |  | 29            |  | Zona  |  |
|                          | 30 |   | País (se residente fora do Brasil)             |  | 31            |  | Data da Investigação                          |  |
|                          | 32 |   | Ocupação                                       |  | 33            |  | Situação conjugal / Estado civil              |  |
|                          | 34 |   | Relações sexuais                               |  | 35            |  | Possui algum tipo de deficiência/ transtorno? |  |
| 36                       |    | Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno? |  | 37   |               | UF   |   |  |
| 38                       |    | Município de ocorrência                       |  | 39   |               | Distrito                                     |   |  |
| 40                       |    | Bairro  |  | 41   |               | Logradouro (rua, avenida,...)                |   |  |
| 42                       |    | Número  |  | 43   |               | Complemento (apto., casa, ...)               |   |  |
| 44                       |    | Geo campo 3                                   |  | 45   |               | Geo campo 4                                  |   |  |
| 46                       |    | Ponto de Referência                           |  | 47   |               | Zona   |   |  |
| 48                       |    | Hora da ocorrência                            |  | 49   |               | Local de ocorrência                          |   |  |
| 50                       |    | Ocorreu outras vezes?                         |  | 51   |               | A lesão foi autoprovocada?                   |   |  |

