



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

Nº

Definição de caso: 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 (Delegacias de Proteção da Criança e do Adolescente e Ministério Público da localidade), de acordo com o **art. 13 da Lei nº 8.069/1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente**. Esta ficha atende ao **Decreto-Lei nº 5.099 de 03/06/2004**, que regulamenta a **Lei nº 10.778/2003**, que institui o serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher, e o **artigo 19 da Lei nº 10.741/2003** que prevê que os casos de suspeita ou confirmação de maus tratos contra idoso são de notificação obrigatória.

Dados Gerais	1 Data da Notificação	2 UF	3 Município de Notificação	
	4 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código (CNES)	
	5 Data da Ocorrência da Violência	6 Hora da Ocorrência (0 - 24 horas)		
Dados da Pessoa Atendida	7 Nome		8 Data de Nascimento	
	9 Idade 1 - Dia 2 - Mês 3 - Ano 9 - Ignorado	10 Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado	11 Gestante 1) 1º Trimestre 2) 2º Trimestre 3) 3º Trimestre 4) Idade gestacional Ignorada 5) Não 6) Não se aplica 9) Ignorado	
	12 Cor 1 - Branca 4 - Parda 2 - Preta 5 - Indígena 3 - Amarela 9 - Ignorado	13 Escolaridade 01) Analfabeto 06) Ensino médio incompleto 02) 1ª a 4ª série incompleta do EF 07) Ensino médio completo 03) 4ª série completa do EF 08) Educação superior incompleta 04) 5ª à 8ª série incompleta do EF 09) Educação superior completa 05) Ensino fundamental completo 10) Não se aplica 99) Ignorado		
	14 Ocupação	15 Situação conjugal / Estado civil 1 - Solteiro 3 - Viúvo 5 - Não se aplica 2 - Casado/união consensual 4 - Separado 9 - Ignorado		
	16 Relações sexuais 1 - Só com homens 3 - Com homens e mulheres 2 - Só com mulheres 4 - Não se aplica 9 - Ignorado	17 Possui algum tipo de deficiência? <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Outras deficiências/ Síndromes <input type="checkbox"/> Mental <input type="checkbox"/> Auditiva		1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
	18 Número do Cartão SUS	19 Nome da mãe		
	Dados de Residência	20 UF	21 Município de residência	22 Bairro de residência
		23 Logradouro (rua, avenida,...)		24 Número
		25 Complemento (apto., casa, ...)		26 Ponto de Referência
		27 CEP		
28 (DDD) Telefone		29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	30 País (se residente fora do Brasil)	
Dados da Ocorrência	31 Local de ocorrência 01 - Residência 04 - Ambiente de trabalho 07 - Estabelecimento de saúde 11 - Terreno baldio 02 - Habitação coletiva 05 - Escola 08 - Instituição socioeducativa 12 - Bar ou similar 03 - Via pública 06 - Creche 09 - Instituição de longa permanência 13 - Outros 10 - Instituição prisional 99 - Ignorado			
	32 UF	33 Município de Ocorrência	34 Bairro de ocorrência	
	35 Logradouro de ocorrência (rua, avenida,...)		36 Número	
	37 Complemento (apto., casa, ...)			
	38 Zona de ocorrência 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	39 Ocorreu outras vezes? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	40 A lesão foi autoprovocada? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
	41 Meio de agressão <input type="checkbox"/> Inst perfuro-cortante 1 - Sim 2 - Não <input type="checkbox"/> Arma de fogo 3 - Não se aplica 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Objeto contundente <input type="checkbox"/> Enforcamento/sufocação <input type="checkbox"/> Força corporal <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Outros		42 Tipo de violência 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Psicológica/Moral <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> Trabalho infantil <input type="checkbox"/> Negligência/Abandono <input type="checkbox"/> Financeira/Econômica <input type="checkbox"/> Outros	

Lesão	43 Natureza da lesão (considerar somente o diagnóstico principal)			
	01 - Sem lesão 02 - Fratura 03 - Entorse/luxação 04 - Corte/perfuração/laceração	05 - Contusão 06 - Queimadura 07 - Traumatismo crânio-encefálico 08 - Órgãos internos do abdome	09 - Órgãos internos do tórax 10 - Vasos sanguíneos 11 - Nervos 12 - Intoxicação	13 - Amputação 14 - Traumatismo dentário 15 - Outros (espec.) _____ 99 - Ignorado
Lesão	44 Parte do corpo atingida 1- Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9- Ignorado			
	<input type="checkbox"/> Cabeça/face <input type="checkbox"/> Pescoço	<input type="checkbox"/> Boca/dentes <input type="checkbox"/> Coluna/medula	<input type="checkbox"/> Tórax/dorso <input type="checkbox"/> Abdome/quadril	<input type="checkbox"/> Membros superiores <input type="checkbox"/> Membros inferiores <input type="checkbox"/> Outros _____

Violência Sexual	45 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9- Ignorado		46 Se ocorreu penetração, qual o tipo?	
	<input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Atentado violento ao pudor	<input type="checkbox"/> Pornografia infantil <input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> Outros _____	1- Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9- Ignorado	

Em casos de violência sexual	47 Consequências da ocorrência detectadas no momento da notificação 1- Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9- Ignorado			
	<input type="checkbox"/> Aborto <input type="checkbox"/> Gravidez <input type="checkbox"/> DST <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> Outros _____			
Em casos de violência sexual	48 Procedimento indicado 1- Sim 2 - Não 3 - 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"/> Comunicação de Acidente de Trabalho <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei	

Dados do provável autor da agressão	49 Número de envolvidos	50 Relação com a pessoa atendida 1- Sim 2 - Não 9- Ignorado	51 Sexo do provável autor da agressão	52 Suspeita de uso de álcool/drogas
	1 - Um 2 - Dois ou mais 9 - Ignorado	<input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Desconhecido	<input type="checkbox"/> Cuidador <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional <input type="checkbox"/> Outros _____	1 - Masculino 2 - Feminino 3 - Ambos os sexos 9 - Ignorado

Evolução e encaminhamento	53 Evolução do caso / Encaminhamento no setor saúde		<input type="checkbox"/>	54 Se óbito, data
	1 - Alta 4 - Evasão / Fuga	2 - Encaminhamento ambulatorial 5 - Óbito	3 - Encaminhamento hospitalar 9 - Ignorado	_____
	55 Encaminhamento da pessoa atendida para outros setores 1- Sim 2 - Não 9- Ignorado			
<input type="checkbox"/> Conselho Tutelar (Criança/Adolescente) <input type="checkbox"/> Vara da Infância / Juventude <input type="checkbox"/> Casa Abrigo <input type="checkbox"/> Programa Sentinela		<input type="checkbox"/> Delegacia Especializada da Mulher <input type="checkbox"/> Delegacia de Prot. da Criança e do Adolescente <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> Ministério Público	<input type="checkbox"/> Centro de Referência da Mulher <input type="checkbox"/> Centro de Referência da Assistência Social/CRAS <input type="checkbox"/> IML <input type="checkbox"/> Outros _____	
56 Circunstância da lesão				
CID 10 - Cap XX _____				

Informações complementares e observações	

Disque-Saúde 0800 61 1997	TELEFONES ÚTEIS Central de Atendimento à Mulher 180	Disque-Denúncia - Exploração sexual a crianças e adolescentes 100
Município/Unidade de Saúde	Nome	Função
Cód. da Unid. de Saúde/CNES		Assinatura