

## VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA

**Definição de caso:** 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 <b>VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA</b>		Código (CID10) Y09	3 Data da Notificação	
	4 UF	5 Município de Notificação			Código (IBGE)		
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)				Código	7 Data da violência	
NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL	8 Nome do Paciente				9 Data de Nascimento		
	10 (ou) Idade 1-Hora 2-Dia 3-Mês 4-Ano		11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado		12 Gestante 1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado		13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena
	14 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 à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica						Etnia 1- Tupiniquim 2- Guarani 9- Ignorado
	15 Número do Cartão SUS			16 Nome da mãe			
	PcD (pessoa com deficiência) 1- sim 2- não		Pessoa em situação de rua 1- sim 2- não		CPF do paciente		Nacionalidade
	Passaporte				Orientação sexual 1- Heterossexual 2- Homossexual 3- Bissexual 4- Pansexual 8- Não se aplica 9- Ignorado		
DADOS DE RESIDÊNCIA	17 UF	18 Município de Residência			Código (IBGE)		19 DISTRITO
	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)			Código	
	22 Número		23 Complemento (apto., casa, ...)			24 Geo campo 4	
	25 Geo campo 2		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)		
	Unidade de Saúde de Referência						

## Dados complementares do caso

DADOS DA PESSOA ATENDIDA	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						
	36 Orientação Sexual 1-Heterossexual 2-Homossexual (gay/lésbica)		3-Bissexual 8-Não se aplica 9-Ignorado		37 Identidade de Gênero 1-Travesti 2- mulher transexual 3- Homem transexual 8- Não se aplica 9 - Ignorado		
	38 Possui algum tipo de deficiência/transtorno? 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		39 Se sim, qual tipo de deficiência /transorno? <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				
DADOS DA OCORRÊNCIA	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

DADOS DA OCORRÊNCIA	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 01 - Residência 02 - Habitação coletiva 03 - Escola 04 - Local de prática esportiva 05 - Bar ou similar 06 - Via pública 07 - Comércio/serviços 08 - Indústrias/construção 09 - Outro 99 - Ignorado	53 Ocorreu outras vezes? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	54 A lesão foi autoprovocada? 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 05-Xenofobia 06-Conflito geracional 07-Situação de rua 08-Deficiência 09-Outros 88-Não se aplica 99-Ignorado		
	56 Tipo de violência <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Psicológica/Moral <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Sexual 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <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: _____	57 Meio de agressão <input type="checkbox"/> Força corporal/ espancamento <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Obj. contundente 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Obj. Pêrfuro-cortante <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? 1- Sim 2 - Não 8 - Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Pornografia 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 Hepatite B <input type="checkbox"/> Coleta de sêmen <input type="checkbox"/> Contracepção de emergência <input type="checkbox"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Coleta de sangue <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei		
DADOS DO PROVÁVEL AUTOR DA VIOLÊNCIA	60 Número de envolvidos 1 - Um 2 - Dois ou mais 9 - Ignorado	61 Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida 1- Sim 2 - Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Policial/agente da lei <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Namorado <input type="checkbox"/> Desconhecido(a) <input type="checkbox"/> Própria pessoa <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Cuidador(a) <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Patrão/chefe (a) <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Irmão(ã) <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional	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		
ENCAMINHAMENTO	64 Ciclo de vida do provável autor da violência: 1-Criança (0 a 9 anos) 3-Jovem (20 a 24 anos) 5-Pessoa idosa (60 anos ou mais) 2-Adolescente (10 a 19 anos) 4-Pessoa adulta (25 a 59 anos) 9-Ignorado		
	65 Encaminhamento: 1- Sim 2 - Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde, hospital, outras) <input type="checkbox"/> Conselho do Idoso <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher <input type="checkbox"/> Rede da Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento ao Idoso <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> Rede da Educação (Creche, escola, outras) <input type="checkbox"/> Centro de Referência dos Direitos Humanos <input type="checkbox"/> Justiça da Infância e da Juventude <input type="checkbox"/> Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras) <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Defensoria Pública <input type="checkbox"/> Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente		
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		
ORIGEM DA NOTIFICAÇÃO	70 Tipo da Unidade Notificadora 1- Unidade de saúde 2- Unidade de assistência 3- Estabelecimento de ensino 4- Conselho tutelar 5- Unidade de saúde indígena 6- Centro especializado de atendimento à mulher		71 Nome da Instituição
	72 UF	73 Município	
INF. COMP. DE OBS	Nome do Acompanhante		
	Vínculo/Grau de Parentesco		(DDD) Telefone
INVESTIGADOR	OBSERVAÇÃO		
INVESTIGADOR	Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde
	Nome	Função	Assinatura