

Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar (física, psicológica/moral, financeira/econômica, negligência/abandono), sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal 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, pessoa com transtorno, indígenas e população LGBT.

Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual											
	2	Agravado/doença		VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA											
	3		Data da notificação		Código (CID10)	Y09									
	4	UF	5	Município de notificação	Código (IBGE)										
Notificação Individual	6	Unidade Notificadora				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 Unidade		9	Data da ocorrência da violência								
	8	Unidade de Saúde		Código (CNES)											
	10	Nome do paciente				11	Data de nascimento								
Dados de Residência	12	(ou) Idade	1- Hora 2- Dia 3- Mês 4- Ano	13	Sexo	M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	14	Gestante	1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre 4- Idade gestacional ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado	15	Raça/Cor	1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 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-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						
	17	Número do Cartão SUS		18		Nome da mãe									
	19	UF	20	Município de Residência	Código (IBGE)		21	Distrito							
Dados da Pessoa Atendida	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)							
Dados Complementares															
Dados da Ocorrência	33	Nome Social				34	Ocupação								
	35	Situação conjugal / Estado civil													
	36	Orientação Sexual				37	Identidade de gênero:								
	38	Possui algum tipo de deficiência/ transtorno?				39	Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno?								
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						
	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										53	Ocorreu outras vezes?		54	A lesão foi autoprovocada?	
01 - Residência 04 - Local de prática esportiva 07 - Comércio/serviços										1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			
02 - Habitação coletiva 05 - Bar ou similar 08 - Indústrias/construção															
03 - Escola 06 - Via pública 99 - 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 1- Sim 2- Não 9- Ignorado ☐ Física ☐ Tráfico de seres humanos ☐ Psicológica/Moral ☐ Financeira/Econômica ☐ Intervenção legal ☐ Tortura ☐ Negligência/Abandono ☐ Outros _____ ☐ Sexual ☐ Trabalho infantil _____					
Violência Sexual	57 Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado ☐ Força corporal/espandimento ☐ Obj. perfuro-cortante ☐ Arma de fogo ☐ Enforcamento ☐ Substância/Obj. quente ☐ Ameaça ☐ Obj. contundente ☐ Envenenamento, Intoxicação ☐ Outro _____					
	58 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado ☐ Assédio sexual ☐ Estupro ☐ Pornografia infantil ☐ Exploração sexual ☐ Outros _____					
Violência Sexual	59 Procedimento realizado 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado ☐ Profilaxia DST ☐ Profilaxia Hepatite B ☐ Coleta de sêmen ☐ Contracepção de emergência ☐ Profilaxia HIV ☐ Coleta de sangue ☐ Coleta de secreção vaginal ☐ 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 1-Sim 2-Não 9-Ignorado ☐ Pai ☐ Ex-Cônjuge ☐ Amigos/conhecidos ☐ Policial/agente da lei ☐ Mãe ☐ Namorado(a) ☐ Desconhecido(a) ☐ Padrasto ☐ Ex-Namorado(a) ☐ Cuidador(a) ☐ Própria pessoa ☐ Madrasta ☐ Filho(a) ☐ Patrão/chefe ☐ Outros _____ ☐ Cônjuge ☐ Irmão(ã) ☐ Pessoa com relação institucional					
Dados do provável autor da agressão	62 Sexo do provável autor da agressão 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) 3-Jovem (20 a 24 anos) 4- 5-Pessoa idosa (60 anos ou mais) 2-Adolescente (10 a 19 anos) Pessoa adulta (25 a 59 anos) 9-Ignorado					
Encaminhamento	65 Encaminhamento: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado ☐ Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde, hospital, outras) ☐ Conselho do Idoso ☐ Delegacia de Atendimento à Mulher ☐ Rede da Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) ☐ Delegacia de Atendimento ao Idoso ☐ Outras delegacias ☐ Rede da Educação (Creche, escola, outras) ☐ Centro de Referência dos Direitos Humanos ☐ Justiça da Infância e da Juventude ☐ Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras) ☐ Ministério Público ☐ Defensoria Pública ☐ Conselho Tutelar ☐ Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente					
	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 _____					
Dados finais	69 Data de encerramento _____					
	Informações complementares e observações Nome do acompanhante _____ Vínculo/grau de parentesco _____ (DDD) Telefone _____					
Observações Adicionais: _____ _____ _____ _____						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;"> Disque-Saúde 0800 61 1997 </td> <td style="width: 33%; text-align: center;"> TELEFONES ÚTEIS Central de Atendimento à Mulher 180 </td> <td style="width: 33%; text-align: center;"> Disque-Denúncia - Combate ao Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes 100 </td> </tr> </table>				Disque-Saúde 0800 61 1997	TELEFONES ÚTEIS Central de Atendimento à Mulher 180	Disque-Denúncia - Combate ao Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes 100
Disque-Saúde 0800 61 1997	TELEFONES ÚTEIS Central de Atendimento à Mulher 180	Disque-Denúncia - Combate ao Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes 100				
Notificador	Município/Unidade de Saúde _____		Cód. da Unid. de Saúde/CNES _____			
	Nome _____	Função _____	Assinatura _____			