



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, PESSOAS COM DEFICIÊNCIA, PESSOA COM TRANSTORNO, INDÍGENAS E POPULAÇÃO LGBT.

DADOS GERAIS	1 TIPO DE NOTIFICAÇÃO		2 - INDIVIDUAL	
	2 AGRAVO / DOENÇA		CÓDIGO (CID10)	3 DATA DA NOTIFICAÇÃO
	VIOLÊNCIA INTERPESSOAL / AUTOPROVOCADA		Y09	
	4 UF	5 MUNICÍPIO DE NOTIFICAÇÃO		CÓDIGO (IBGE)
	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)		

NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL	10 NOME DO PACIENTE			11 DATA DE NASCIMENTO	
	12 (OU) IDADE	1 - HORA	13 SEXO	M - MASCULINO	14 GESTANTE
	<input type="checkbox"/>	2 - DIA	<input type="checkbox"/>	F - FEMININO	1 - 1º TRIMESTRE
		3 - MÊS		I - IGNORADO	2 - 2º TRIMESTRE
		4 - ANO			3 - 3º TRIMESTRE
					4 - IDADE GESTACIONAL IGNORADA
5 - NÃO					6 - NÃO SE APLICA
9 - IGNORADO					
15 RAÇA / COR <input type="checkbox"/>					
1 - BRANCA					2 - PRETA
3 - AMARELA					4 - PARDA
5 - INDÍGENA					9 - IGNORADO
16 ESCOLARIDADE <input type="checkbox"/>					
0 - ANALFABETO					1 - 1ª À 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
17 NÚMERO DO CARTÃO SUS		18 NOME DA MÃE			

DADOS DA RESIDÊNCIA	19 UF	20 MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		CÓDIGO IBGE	21 DISTRITO
	22 BAIRRO		23 LOGRADOURO (RUA, AV., ETC.)		CÓDIGO
	24 NÚMERO	25 COMPLEMENTO (APTO, CASA, ETC.)		26 GEO CAMPO 1	27 GEO CAMPO 2
	28 PONTO DE REFERÊNCIA		29 CEP	30 (DDD) TELEFONE	
	31 ZONA				32 PAÍS (SE RESIDENTE FORA DO BRASIL) <input type="checkbox"/>
	1 - URBANA				2 - RURAL
	3 - PERIURBANA				9 - IGNORADO

<b>DADOS COMPLEMENTARES</b>						
DADOS DA PESSOA ATENDIDA	33 NOME SOCIAL			34 OCUPAÇÃO		
	35 SITUAÇÃO CONJUGAL / ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/>					
	1 - SOLTEIRO		2 - CASADO / UNIÃO CONSENSUAL		3 - VIÚVO	
	4 - SEPARADO		8 - NÃO SE APLICA		9 - IGNORADO	
	36 ORIENTAÇÃO SEXUAL <input type="checkbox"/>			37 IDENTIDADE DE GÊNERO <input type="checkbox"/>		
	1 - HETEROSSEXUAL		2 - HOMOSSEXUAL (GAY / LÉSBICA)		3 - BISSSEXUAL	
	1 - TRAVESTI		2 - MULHER TRANSEXUAL			
	8 - NÃO SE APLICA		9 - IGNORADO		3 - HOMEM TRANSEXUAL	
8 - NÃO SE APLICA		9 - IGNORADO				
38 POSSUI ALGUM TIPO DE DEFICIÊNCIA / TRANSTORNO? <input type="checkbox"/>						
1 - SIM		2 - NÃO		9 - IGNORADO		
39 SE SIM, QUAL TIPO DE DEFICIÊNCIA / TRANSTORNO?						
1 - SIM		2 - NÃO		8 - NÃO SE APLICA		
9 - IGNORADO						
<input type="checkbox"/>	DEFICIÊNCIA FÍSICA	<input type="checkbox"/>	DEFICIÊNCIA VISUAL	<input type="checkbox"/>	TRANSTORNO MENTAL	
<input type="checkbox"/>	DEFICIÊNCIA INTELECTUAL	<input type="checkbox"/>	DEFICIÊNCIA AUDITIVA	<input type="checkbox"/>	TRANSTORNO DE COMPORTAMENTO	
OUTRAS: _____						

DADOS DA OCORRÊNCIA	40 UF	41 MUNICÍPIO DE OCORRÊNCIA	CÓDIGO IBGE	42 DISTRITO	
	43 BAIRRO	44 LOGRADOURO (RUA, AV., ETC.)		CÓDIGO	
	45 NÚMERO	46 COMPLEMENTO (APTO, CASA, ETC.)	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				<input type="checkbox"/>
	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?		<input type="checkbox"/>	54 A LESÃO FOI AUTOPROVOCADA?		
1 – SIM      2 – NÃO      9 - IGNORADO			1 – SIM      2 – NÃO      9 - IGNORADO		

VIOLÊNCIA	55 ESSA VIOLÊNCIA FOI MOTIVADA POR:				<input type="checkbox"/>
	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				
<input type="checkbox"/>	FÍSICA	<input type="checkbox"/>	FINANCEIRA / ECONÔMICA		
<input type="checkbox"/>	PSICOLÓGICA / MORAL	<input type="checkbox"/>	NEGLIGÊNCIA / ABANDONO		
<input type="checkbox"/>	TORTURA	<input type="checkbox"/>	TRABALHO INFANTIL		
<input type="checkbox"/>	SEXUAL	<input type="checkbox"/>	INTERVENÇÃO LEGAL		
<input type="checkbox"/>	TRÁFICO DE SERES HUMANOS	<input type="checkbox"/>	OUTROS: _____		
57 MEIO DE AGRESSÃO      1 – SIM      2 – NÃO      9 - IGNORADO					
<input type="checkbox"/>	FORÇA CORPORAL / ESPANCAMENTO	<input type="checkbox"/>	ENVENENAMENTO / INTOXICAÇÃO		
<input type="checkbox"/>	ENFORCAMENTO	<input type="checkbox"/>	ARMA DE FOGO		
<input type="checkbox"/>	OBJETO CONTUNDENTE	<input type="checkbox"/>	AMEAÇA		
<input type="checkbox"/>	OBJETO PÉRFURO-CORTANTE	<input type="checkbox"/>	OUTRO: _____		
<input type="checkbox"/>	SUBSTÂNCIA / OBJETO QUENTE				

VIOLÊNCIA SEXUAL	58 SE OCORREU VIOLÊNCIA SEXUAL, QUAL 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"/>	COLETA DE SÊMEN							
<input type="checkbox"/>	PROFILAXIA HIV	<input type="checkbox"/>	COLETA DE SECREÇÃO VAGINAL							
<input type="checkbox"/>	PROFILAXIA HEPATITE B	<input type="checkbox"/>	CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA							
<input type="checkbox"/>	COLETA DE SANGUE	<input type="checkbox"/>	ABORTO PREVISTO EM LEI							

DADOS DO PROVÁVEL AUTOR DA AGRESSÃO	60 NÚMERO DE ENVOLVIDOS				<input type="checkbox"/>	
	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"/>	IRMÃO(Ã)	<input type="checkbox"/>	PRÓPRIA PESSOA
	<input type="checkbox"/>	MÃE	<input type="checkbox"/>	FILHO(A)	<input type="checkbox"/>	OUTROS: _____
	<input type="checkbox"/>	PADRASTO	<input type="checkbox"/>	AMIGOS / CONHECIDOS		
<input type="checkbox"/>	MADRASTA	<input type="checkbox"/>	DESCONHECIDO(A)			
<input type="checkbox"/>	CÔNJUGE	<input type="checkbox"/>	CUIDADOR(A)			
<input type="checkbox"/>	EX-CÔNJUGE	<input type="checkbox"/>	PATRÃO / CHEFE			
<input type="checkbox"/>	NAMORADO(A)	<input type="checkbox"/>	PESSOA COM RELAÇÃO INSTITUCIONAL			
<input type="checkbox"/>	EX-NAMORADO(A)	<input type="checkbox"/>	POLICIAL / AGENTE DA LEI			
62 SEXO DO PROVÁVEL AUTOR DA AGRESSÃO			<input type="checkbox"/>	63 SUSPEITA DE USO DE ÁLCOOL		
1 – MASCULINO      2 – FEMININO      3 – AMBOS OS SEXOS      9 - IGNORADO				1 – SIM      2 – NÃO      9 - IGNORADO		
64 CICLO DE VIDA DO PROVÁVEL AUTOR DA VIOLÊNCIA						
1 – CRIANÇA (0 A 9 ANOS)		2 – ADOLESCENTE (10 A 19 ANOS)		3 – JOVEM (20 A 24 ANOS)		
5 – PESSOA IDOSA (60 ANOS OU MAIS)		9 - IGNORADO				
4 – PESSOA ADULTA (25 A 59 ANOS)						

65 ENCAMINHAMENTO      1 – SIM      2 – NÃO      9 - IGNORADO			
ENCAMINHAMENTO	<input type="checkbox"/> REDE DE SAÚDE (UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE, HOSPITAL, OUTRAS)		
	<input type="checkbox"/> REDE DE ASSISTÊNCIA SOCIAL (CRAS, CREAS, OUTRAS)		
	<input type="checkbox"/> REDE DE 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		
DADOS FINAIS	66 VIOLÊNCIA RELACIONADA AO TRABALHO <input type="checkbox"/>	67 SE SIM, FOI EMITIDA A COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO (CAT) <input type="checkbox"/>	68 CIRCUNSTÂNCIA DA LESÃO
	1 – SIM      2 – NÃO      9 - IGNORADO	1 – SIM      2 – NÃO      8 – NÃO SE APLICA      9 - IGNORADO	CID 10 – CAP XX
69 DATA DE ENCERRAMENTO			
<b>INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES</b>			
NOME DO ACOMPANHANTE		VÍNCULO / GRAU DE PARENTESCO	(DDD) TELEFONE
OBSERVAÇÕES ADICIONAIS:			
DISQUE SAÚDE <b>0800 61 1997</b>		TELEFONES ÚTEIS CENTRO DE ATENDIMENTO À MULHER <b>180</b>	DISQUE-DENÚNCIA COMBATE AO ABUSO E EXPLORAÇÃO SEXUAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES <b>100</b>
NOTIFICADOR	MUNICÍPIO / UNIDADE DE SAÚDE		CÓDIGO DA UNIDADE DE SAÚDE / CNES
	NOME	FUNÇÃO	ASSINATURA