



SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

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		3	Data da Notificação								
	2	Agravado/Doença					VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA		Código (CID 10)	Y09					
	4	UF	PR	5	Município de Notificação		LONDRINA		ID DO PACIENTE						
	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				Codigo Unidade									
	8	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)				Código (CNES)		9	Data Ocorrência da Violência						
Notificação Individual	10	Nome do Paciente						11	Data de nascimento						
	12	(ou) Idade	1- Hora	2- Dia	3- Mês	4- Ano	13	Sexo	M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	14	Gestante	1-1º Trimestre 2- 2º Trimestre 3- 3º Trimestre 4-Idade Gestacional Ignorada 5-Não 6-Não de 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 incompleto do EF (antigo primário ou 1º grau) 2- 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3- 5ª à 8ª série incompleta (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					
	Nome do responsável:														
Dados de Residência	19	UF	20		Município de Residência	Código (IBGE)		21	Unidade de Abrangência / Região						
	22	Bairro		23						Logradouro (rua, avenida,...)					
	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	32		País (se residente fora do Brasil)				
Dados Complementares															
Dados da Pessoa Atendida	33	Nome social				34		Ocupação							
	Escola/Turma (quando escolar)														
	35	Situação Conjugal / Estado Civil								1- Solteiro 2- Casado / União consensual 3 - Viúvo 4 - Separado 8 - Não se aplica 9 - Ignorado					
	36	Orientação sexual				37		Identidade de gênero							
1 - Heterossexual 2 - Homossexual (gay/lesbica) 3 - Bissexual 8 - Não se aplica 9 - Ignorado 1 - Travesti 2 - Mulher Transexual 3- Homem Transexual 8 - Não se aplica 9 - Ignorado															
38	Possui algum tipo de Deficiência / Transtorno?		39		Se sim, qual tipo de deficiência / Transtorno?				1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado						
1- Sim 2- Não 9- Ignorado Física Visual Transtorno mental Outras deficiências/Síndromes: Mental Auditiva Transtorno de comportamento															
Dados da Ocorrência	40	UF	41		Município de Ocorrência	Código (IBGE)		42	Distrito						
	43	Bairro		44						Logradouro (rua, avenida,...)					
	45	Número		46						Complemento (apto., casa, ...)					
	49	Ponto de referência			50		Zona	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 99 - Ignorado 09 - Outro				53		Ocorreu outras vezes?					
									1- Sim 2- Não 9- Ignorado						
									54	A lesão foi autoprovocada?					
									1- Sim 2- Não 9- Ignorado						

Violência	55 Esta violência foi motivada por: <input type="checkbox"/>						
	01 - Sexismo	02 - Homofobia/Lesbofobia/Transfobia	03 - Racismo	04 - Intolerância religiosa	05 - Xenofobia		
56 Tipo de Violência		1- Sim 2- Não 9- Ignorado		57 Meio de agressão		1- Sim 2- Não 9- Ignorado	
<input type="checkbox"/>	Física	<input type="checkbox"/>	Tráfico de seres humanos	<input type="checkbox"/>	Força corporal/ espancamento	<input type="checkbox"/>	Objeto perfuro-cortante
<input type="checkbox"/>	Psicológica/Moral	<input type="checkbox"/>	Financeira / Econômica	<input type="checkbox"/>	Intervenção legal	<input type="checkbox"/>	Arma de fogo
<input type="checkbox"/>	Tortura	<input type="checkbox"/>	Negligência / Abandono	<input type="checkbox"/>	Outros	<input type="checkbox"/>	Ameaça
<input type="checkbox"/>	Sexual	<input type="checkbox"/>	Trabalho infantil	<input type="checkbox"/>	Enforcamento	<input type="checkbox"/>	Subst./Obj. quente
				<input type="checkbox"/>	Obj. contundente	<input type="checkbox"/>	Envenenamento
							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	<input type="checkbox"/>
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 agressão	60 Número de Envolvidos		61 Vínculo / grau de parentesco com a pessoa atendida				62 Sexo do provável autor da violência		63 Suspeita de uso de Álcool						
	1- Um	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pai	<input type="checkbox"/>	Ex-Cônjuge	<input type="checkbox"/>	Amigos/Conhecidos	<input type="checkbox"/>	Policia/agente da lei	1- Masculino	<input type="checkbox"/>	1- Sim	<input type="checkbox"/>	
	2- Dois ou mais	<input type="checkbox"/>		Mãe	<input type="checkbox"/>	Namorado(a)	<input type="checkbox"/>	Desconhecido(a)	<input type="checkbox"/>	Própria pessoa	2- Feminino	<input type="checkbox"/>	2- Não	<input type="checkbox"/>	
	9- Ignorado	<input type="checkbox"/>		Padrasto	<input type="checkbox"/>	Ex-Namorado(a)	<input type="checkbox"/>	Cuidador(a)	<input type="checkbox"/>	Outros	3- Ambos os sexos	<input type="checkbox"/>	9- Ignorado	<input type="checkbox"/>	
				Madrasta	<input type="checkbox"/>	Filho(a)	<input type="checkbox"/>	Patrão(chefe)	<input type="checkbox"/>		9- Ignorado				
				Cônjuge	<input type="checkbox"/>	Irmão(ã)	<input type="checkbox"/>	Pessoa com relação institucional	<input type="checkbox"/>						
64 Ciclo de vida do provável autor da agressão:		<input type="checkbox"/>		1 - criança (0 a 9 anos)		2 - Adolescente (10 a 19 anos)									
3 - Jovem (20 a 24 anos)		4 - Pessoa adulta (25 a 59 anos)		5 Pessoa idosa (60 anos ou mais)		9 - Ignorado									

Evolução e encaminhamento	65 Encaminhamento						1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado								
	<input type="checkbox"/>	Rede de Saúde (UBS, Hospital, Outras)	<input type="checkbox"/>	Conselho do Idoso	<input type="checkbox"/>	Delegacia da Mulher									
<input type="checkbox"/>	Rede de 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 Juventude										
<input type="checkbox"/>	Rede de Atendimento à Mulher (CAM)	<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	<input type="checkbox"/>											
66 Violência Relacionada ao trabalho		<input type="checkbox"/>		67 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT)		<input type="checkbox"/>		68 Circunstância da lesão		CID 10 - Cap XX					
1- Sim 2- Não 9- Ignorado		1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado		69 Data de encerramento											

INFORMAÇÕES DA VIOLÊNCIA

Nome do acompanhante	Vínculo / Grau de Parentesco	Reside com o suposto agressor?
<input type="text"/>	<input type="text"/>	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
SUSPEITA DE OUTRAS SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA NA FAMÍLIA		QUEM? <input type="text"/>
SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		

Descrição da violência ou motivo da Suspeita (preenchimento obrigatório):
<input style="height: 150px;" type="text"/>

Disque Saúde - Ouvidoria Geral do SUS

136

TELEFONES ÚTEIS

Central de Atendimento à Mulher 180

Disque Direitos Humanos

100

Notificador	Município/Unidade de Saúde	<input type="text"/>		cod. Unidade - CNES	<input type="text"/>
	Nome	<input type="text"/>	Função	<input type="text"/>	Assinatura
	Violência interpessoal/autoprovocada	Sinan			