



Continuação do Parecer: 3.900.238

DIAMANTINA, 05 de Março de 2020

---

**Assinado por:**  
**Simone Gomes Dias de Oliveira**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Rodovia MGT 367 - Km 583, nº 5000  
**Bairro:** Alto da Jacuba **CEP:** 39.100-000  
**UF:** MG **Município:** DIAMANTINA  
**Telefone:** (38)3532-1240 **Fax:** (38)3532-1200 **E-mail:** cep.secretaria@ufvjm.edu.br



## ANEXO D - Ficha de Notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocada

República Federativa do Brasil  
Ministério da Saúde

SINAN  
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO  
FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL

Nº

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 (CID10)		Y09												
	4	UF	5		Município de notificação		Código (IBGE)													
	6	Unidade Notificadora		<input type="checkbox"/> 1- Unidade de Saúde <input type="checkbox"/> 2- Unidade de Assistência Social <input type="checkbox"/> 3- Estabelecimento de Ensino <input type="checkbox"/> 4- Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> 5- Unidade de Saúde Indígena <input type="checkbox"/> 6- Centro Especializado de Atendimento à Mulher <input type="checkbox"/> 7- Outros																
	7	Nome da Unidade Notificadora		Código Unidade		9				Data da ocorrência da violência										
Notificação Individual	8	Unidade de Saúde		Código (CNES)		11				Data de nascimento										
	10	Nome do paciente																		
	12	(ou) Idade		<input type="checkbox"/> 1 - Hora <input type="checkbox"/> 2 - Dia <input type="checkbox"/> 3 - Mês <input type="checkbox"/> 4 - Ano		13	Sexo		<input type="checkbox"/> M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> 1 - Ignorado		14	Gestante		<input type="checkbox"/> 1-1º Trimestre <input type="checkbox"/> 2-2º Trimestre <input type="checkbox"/> 3-3º Trimestre <input type="checkbox"/> 4- Idade gestacional ignorada <input type="checkbox"/> 5- Não <input type="checkbox"/> 6- Não se aplica <input type="checkbox"/> 9- Ignorado		15	Raça/Cor		<input type="checkbox"/> 1- Branca <input type="checkbox"/> 2- Preta <input type="checkbox"/> 3- Amarela <input type="checkbox"/> 4- Parda <input type="checkbox"/> 5- Indígena <input type="checkbox"/> 9- Ignorado	
	16	Escolaridade																		
	17	Número do Cartão SUS			18							Nome da mãe								
Dados de Residência	19	UF	20		Município de Residência		Código (IBGE)		21		Distrito									
	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		<input type="checkbox"/> 1 - Urbana <input type="checkbox"/> 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		32			País (se residente fora do Brasil)							
<b>Dados Complementares</b>																				
Dados da Pessoa Atendida	33					Nome Social					34		Ocupação							
	35										Situação conjugal / Estado civil		<input type="checkbox"/> 1 - Solteiro <input type="checkbox"/> 2 - Casado/união consensual <input type="checkbox"/> 3 - Viúvo <input type="checkbox"/> 4 - Separado <input type="checkbox"/> 8 - Não se aplica <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado							
	36		Orientação Sexual		<input type="checkbox"/> 3- Bissexual <input type="checkbox"/> 8- Não se aplica <input type="checkbox"/> 9- Ignorado		37		Identidade de gênero:		<input type="checkbox"/> 3- Homem Transsexual <input type="checkbox"/> 8- Não se aplica <input type="checkbox"/> 9- Ignorado		<input type="checkbox"/> 1- Travesti <input type="checkbox"/> 2- Mulher Transsexual							
	38		Possui algum tipo de deficiência/ transtorno?		<input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado		39		Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno?		<input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 8- Não se aplica <input type="checkbox"/> 9- Ignorado		<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						
	49	Ponto de Referência		50		Zona		<input type="checkbox"/> 1 - Urbana <input type="checkbox"/> 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		51				Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)						
	52	Local de ocorrência		<input type="checkbox"/> 01 - Residência <input type="checkbox"/> 04 - Local de prática esportiva <input type="checkbox"/> 07 - Comércio/serviços <input type="checkbox"/> 02 - Habitação coletiva <input type="checkbox"/> 05 - Bar ou similar <input type="checkbox"/> 08 - Indústrias/construção <input type="checkbox"/> 03 - Escola <input type="checkbox"/> 06 - Via pública <input type="checkbox"/> 09 - Outro <input type="checkbox"/> 99 - Ignorado		53		Ocorreu outras vezes?		<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		54		A lesão foi autoprovocada?		<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado				

<b>Violência</b>	<b>55</b> 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		
	<b>56</b> Tipo de violência 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> Intervenção legal <input type="checkbox"/> Psicológica/Moral <input type="checkbox"/> Financeira/Econômica <input type="checkbox"/> Negligência/Abandono <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Trabalho infantil <input type="checkbox"/> Sexual		
<b>Violência Sexual</b>	<b>57</b> Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Força corporal/espâncamento <input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Substância/Obj. quente <input type="checkbox"/> Ameaça <input type="checkbox"/> Obj. contundente <input type="checkbox"/> Envenenamento, Intoxicação <input type="checkbox"/> Outro		
	<b>58</b> 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		
<b>Dados do provável autor da violência</b>	<b>59</b> 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		
	<b>60</b> Número de envolvidos 1 - Um <input type="checkbox"/> 2 - Dois ou mais <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>	<b>61</b> 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(a) <input type="checkbox"/> Desconhecido(a) <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Cuidador(a) <input type="checkbox"/> Própria pessoa <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Irmão(ã) <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional	<b>62</b> Sexo do provável autor da violência 1- Sim 2- Não 9- Ignorado 1 - Masculino <input type="checkbox"/> 2 - Feminino <input type="checkbox"/> 3 - Ambos os sexos <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>
<b>Encaminhamento</b>	<b>63</b> Suspeita de uso de álcool 1- Sim 2- Não 9- Ignorado 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/>		
	<b>64</b> Ciclo de vida do provável autor da violência: <input type="checkbox"/> 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		
<b>Dados finais</b>	<b>65</b> 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		
	<b>66</b> Violência Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 9- Ignorado	<b>67</b> Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado	<b>68</b> Circunstância da lesão CID 10 - Cap XX
<b>69</b> Data de encerramento _____			
<b>Informações complementares e observações</b>			
Nome do acompanhante _____ Vínculo/grau de parentesco _____ (DDD) Telefone _____			
<b>Observações Adicionais:</b> _____ _____ _____			
<b>Disque Saúde - Ouvidoria Geral do SUS 136</b> <b>TELEFONES ÚTEIS Central de Atendimento à Mulher 180</b> <b>Disque Direitos Humanos 100</b>			
<b>Notificador</b>	Município/Unidade de Saúde _____		Cód. da Unid. de Saúde/CNES _____
	Nome _____	Função _____	Assinatura _____
Violência interpessoal/autoprovocada			Sinan
			SVS 15.06.2015

## ANEXO E - Protocolo de Atendimento à Vítima de Violência Não Sexual em Diamantina

### PROTOCOLO DE ATENDIMENTO À VÍTIMA DE VIOLÊNCIA NÃO SEXUAL EM DIAMANTINA

Agosto.2015

FAIXA ETÁRIA	ENCAMINHAMENTOS
<b>CRIANÇAS E ADOLESCENTES</b> ( 0 a 13 anos 11 meses e 29 dias)	<u>Comunicações obrigatórias:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Polícia</li> <li>• Conselho Tutelar (na ausência de responsável legal ou violência doméstica, negligência/abandono, trabalho infantil, em menores de 18 anos)</li> <li>• CREAS</li> <li>• Notificar a Secretaria de Saúde através da Ficha de Notificação específica.</li> </ul>
	<u>Atendimento:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• HNSS (exceto casos neurológicos)</li> <li>• Atendimento: Rede de Saúde Municipal</li> </ul>
<b>ADOLESCENTES A PARTIR DE DE 14 ANOS E ADULTOS</b>	<u>Comunicações obrigatórias:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Polícia</li> <li>• Conselho Tutelar (na ausência de responsável legal ou violência doméstica, negligência/abandono, trabalho infantil, em menores de 18 anos)</li> <li>• CREAS</li> <li>• Notificar a Secretaria de Saúde através da Ficha de Notificação específica.</li> </ul>
	<u>Atendimento:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• P.A. Santa Casa de Caridade</li> <li>• HNSS (Ortopedia)</li> <li>• Atendimento: Rede de Saúde Municipal</li> </ul>
<b>MULHERES</b>	<u>Comunicações obrigatórias:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Polícia</li> <li>• CREAS</li> <li>• Notificar a Secretaria de Saúde através da Ficha de Notificação específica.</li> </ul>
	<u>Atendimento:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• P.A. Santa Casa de Caridade</li> <li>• HNSS (gestantes, ortopedia)</li> <li>• Atendimento: Rede de Saúde Municipal</li> </ul>
<b>IDOSOS</b>	<u>Comunicações obrigatórias:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Polícia</li> <li>• CREAS</li> <li>• Notificar a Secretaria de Saúde através da Ficha de Notificação específica.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• P.A. Santa Casa de Caridade</li> <li>• HNSS (ortopedia)</li> <li>• Atendimento: Rede de Saúde Municipal</li> </ul>

OBS: De acordo com a Portaria nº1.271, de 6 de junho de 2014 a notificação de violência deverá ser realizada pelos **estabelecimentos de saúde**, responsáveis pelos **serviços públicos ou privados que prestam assistência ao paciente**, bem como pelos responsáveis por **estabelecimentos públicos ou privados educacionais**, de cuidado coletivo, além de serviços de hemoterapia, unidades laboratoriais e instituições de pesquisa.



## ANEXO F - Fluxo de Encaminhamento e Atendimento à Vítima de Violência Sexual

