



DEFINIÇÃO DE CASO: Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres, 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, indígenas e população LGBT. **Atenção:** Em casos de suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes, a notificação deve ser obrigatória e dirigida aos Conselhos Tutelares, de acordo com o **art. 13 da Lei no 8.069/1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente**. Também são considerados de notificação compulsória todos os casos de violência contra a mulher (**Decreto-Lei no 5.099 de 03/06/2004, Lei no 10.778/2003**) e maus tratos contra a pessoa idosa (**artigo 19 da Lei no 10.741/2003**).

DADOS GERAIS	1 - Tipo de Notificação		2 - Individual		
	2 - Agravado/Doença VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA		Código - (CID10) Y09	3 - Data da Notificação ____/____/____	
	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				
DADOS DE RESIDÊNCIA	7- Nome da Unidade Notificadora		Código da Unidade	9- Data da ocorrência da violência ____/____/____	
	8- Unidade de Saúde		Código (CNES)		
	10- Nome do paciente			11- Data de Nascimento ____/____/____	
	12-(ou) Idade <input type="checkbox"/>	1- Hora <input type="checkbox"/> 2- Dia 3- Mês 4- Ano	13- Sexo <input type="checkbox"/> M- Masculino F- Feminino	14- Gestante <input type="checkbox"/> 1-1º Trimestre 3- 3º Trimestre 5- Não	15- Raça/Cor <input type="checkbox"/> 1-Branca 2- Preta 3- Amarela 4-Parda 5- Indígena 9- Ignorado
16- Escolaridade 0-Analfabeto 1- 1º ao 5º ano incompleto do EF (antigo 1ª a 4ª série) 2- 5º ano completo do EF (antigo primário ou 1º grau) <input type="checkbox"/> 3- 6º ao 9º ano incompleto do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4- Ensino Fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino Médio Incompleto (2º grau) 6- Ensino Médio Completo (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 DE RESIDÊNCIA	19-UF	20- Município de Residência		Código (IBGE))	
	22- Bairro		23- Logradouro (rua, avenida, quadra...)		Código
	24- Número	25-Complemento (apto, casa,...)			26-Geo Campo1
	27- Geo Campo 2	28- Ponto de Referência			29- CEP
	30-(DDD) Telefone		31-Zona <input type="checkbox"/> 1-Urbana 2-Rural 3-Periurbana 9- Ignorado	32- País (se reside fora do Brasil)	

Dados Complementares

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 <input type="checkbox"/>					
	36- Orientação Sexual 1-Heterossexual 2- Homossexual(gay/lésbica)		3-Bissexual <input type="checkbox"/> 8- Não se aplica 9-Ignorado	37- Identidade de gênero <input type="checkbox"/> 1-Travesti 3-Homem Transexual 2- Mulher Transexual 8-Não se aplica 9-Ignorado		
DADOS DA OCORRÊNCIA	38-Possui algum tipo de Deficiência/ transtorno? 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/>		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"/> Outras _____ <input type="checkbox"/> Deficiência Intelectual <input type="checkbox"/> Deficiência Auditiva <input type="checkbox"/> Transtorno de Comportamento			
	40-UF	41- Município de Ocorrência		Código (IBGE))	42-Distrito/RA	
DADOS DA OCORRÊNCIA	43- Bairro		44- Logradouro (rua, avenida, quadra...)		Código	
	45- Número	46-Complemento (apto, casa,...)			47-Geo Campo3	
	49-Ponto de Referência		50 -Zona de Ocorrência <input type="checkbox"/> 1-Urbana 2- Rural 3- Periurbana 9-Ignorado	51-Hora de Ocorrência (00:00-23:59 horas)		
	52- Local de Ocorrência 01-Residência 02-Habituação Coletiva 03-Escola		04-Local de Prática Esportiva 05-Bar ou similar 06-Via Pública	07-Comércio/serviços <input type="checkbox"/> 08-Indústrias/Construção <input type="checkbox"/> 09-Outro _____ 99-Ignorado	53-Ocorreu outras vezes? 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> 54-A lesão foi autoprovocada? 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/>	

