



Campos
sombreados
não são
obrigatórios

SISNOV/SINAN Violências

SISTEMA DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIAS EM CAMPINAS

Nº da notificação

Notificação de caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intra familiar, sexual, auto provocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, 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 e adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT.

DADOS GERAIS	Data do atendimento		Data da ocorrência		Hora da ocorrência	Hora do atendimento	Situação <input type="checkbox"/> 1-Confirmado 2-Suspeito	Origem da notificação <input type="checkbox"/> 1 - Unidade 3 - Encaminhamento
	Unidade Notificadora							Registro no Serviço
Nome do Notificador			Tipo de Profissional <input type="checkbox"/>			(DDD) Telefone		
<small>1-Advogado 2-Agente Comunitário Saúde 3-Assistente Social 4-Auxiliar de Enfermagem 5-Dentista 6-Diretor 7-Educador Social 8-Enfermeiro 9-Guarda Municipal 10-Médico 11-Monitor 12-Orientador Pedagógico 13-Psicólogo 14-Polícia Civil 15-Polícia Militar 16-Professor 17-Terapeuta Ocupacional 18-Outros</small>								

IDENTIFICAÇÃO	Nome/Apelido							Sexo <input type="checkbox"/> M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> I - Ignorado	
	Raça/Cor <input type="checkbox"/>			Data de nascimento		Data de nascimento Ignorada <input type="checkbox"/>		Idade real/estimada nº inteiro <input type="checkbox"/>	
	<small>1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado</small>							<small>1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano</small>	
	Estado Civil - 8-Não se aplica para < 9 anos <input type="checkbox"/> <small>1 - Solteiro 2 - Casado/união consensual 3 - Viúvo 4 - Separado 8 - Não se aplica 9 - Ignorado</small>			NIS- Nº de Identificação Social			Número do Cartão SUS		
Nome da mãe									
Nome do pai									
Nome Social									

DADOS COMPLEMENTARES	Escolaridade <input type="checkbox"/>							Gestante - 6-Não se aplica para < 10 anos e sexo masc. <input type="checkbox"/>	
	<small>0 - Analfabeto 1 - 1º a 5º ano incompleto do EF 2 - 5º ano completo do EF 3 - 6º a 9º ano incompleto do EF 4 - Ensino Fundamental completo 5 - Ensino médio incompleto 6 - Ensino médio completo 7 - Educação superior incompleta 8 - Educação superior completa 9 - Ignorado 10 - Não se aplica 11 - Ed. Inf. creche 12 - Ed. Inf. Pré-escola 13 - EJA</small>							<small>1 - 1º Trimestre 2 - 2º Trimestre 3 - 3º Trimestre 4 - Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado</small>	
	Trabalha atualmente <input type="checkbox"/>		É remunerado <input type="checkbox"/>		Ocupação/Atividade				
	Orientação sexual - não se aplica a < 9 anos <input type="checkbox"/>				Identidade de gênero <input type="checkbox"/>				
	<small>1 - Heterossexual 3 - Homossexual (gay/lésbica) 2 - Bissexual 8 - Não se aplica 9 - Ignorado</small>				<small>1 - Travesti 2 - Mulher Transexual 3 - Homem Transexual 8 - Não se aplica 9 - Ignorado</small>				
	Possui algum tipo de deficiência/transtorno? <input type="checkbox"/>			SE SIM, qual tipo de deficiência /transtorno?					
<small>1- Sim 2- Não 9- Ignorado</small>			<input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Transtorno mental <input type="checkbox"/> Outras deficiências/ Síndromes <input type="checkbox"/> Mental <input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> Transtorno de comportamento						
Frequenta Unidade da Saúde. Qual? <input type="checkbox"/>				Frequenta Unidade da Assistência Social. Qual? <input type="checkbox"/>					
<small>1- Sim 2- Não 9- Ignorado</small>				<small>1- Sim 2- Não 9- Ignorado</small>					
Frequenta Unidade da Educação. Qual? <input type="checkbox"/>				Outros. Qual? <input type="checkbox"/>					
<small>1- Sim 2- Não 9- Ignorado</small>				<small>1- Sim 2- Não 9- Ignorado</small>					

DADOS DE RESIDÊNCIA	UF	Município de Residência	Bairro	Distrito	
	Tipo Logr. <input type="checkbox"/>	Nome do Logradouro, para TIPO utilizar: 1-Avenida 2- Rua 3- Travessa 4-Caminho 5-Viela 6-Praça 7-Alameda 8-Estrada 9-Outro			Número
	Complemento (apto., casa, ...)		CEP	(DDD) Telefone	Zona <input type="checkbox"/>
					<small>1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado</small>
	Ponto de Referência				
Reside com: <input type="checkbox"/>		Dorme na rua? <input type="checkbox"/>		Município de Nascimento	
<small>Utilizar tabela relacionamento</small>		<small>1-Sim 2-Não</small>			

VIOLÊNCIA AUTORA	TIPO DE VIOLÊNCIA	<input type="checkbox"/> Marcar apenas um tipo de violência nesse campo, privilegiando aquela que motivou o atendimento ou deu início ao caso	PROVÁVEL AUTOR <input type="checkbox"/>
	<small>1. Física 2. Tortura 3. Intervenção legal 4. Sexual 5. Tentativa de Suicídio/Suicídio 6. Trabalho infantil 7. Fatal 8. Psicológica 9. Moral 10. Financeira/Econômica 11. Negligência 12. Abandono 13. Tráfico de seres humanos 14. Outros: _____ 15. Bullying</small>		<small>Utilizar a Tabela Relacionamento Indicar somente o principal.</small>

VIOLÊNCIA CONCORRENTE	Violências concorrentes/Prováveis Autores da Violência				Não é necessário repetir a mesma informação do campo anterior.				
	1-Sim 2-Não 3-Ignorado		Provável Autor	1-Sim 2-Não 3-Ignorado		Provável Autor	1-Sim 2-Não 3-Ignorado		Provável Autor
	<input type="checkbox"/> Física	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Tortura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Psicológica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Intervenção legal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Negligência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Bullying	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Abandono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Outros: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Provável Autor - utilizar Tabela Relacionamento, indicando apenas o principal. Quando utilizar 29-Outros, descrever em Observações adicionais.									

Tabela Relacionamento:

1-Amiga 2-Amigo 3-Avô Paterna 4-Avô Materna 5-Avô Paterno 6-Avô Materno 7-Companheira 8-Companheiro 9-Esposa 10-Esposo 11-Irmã 12-Irmão 13-Madrasta 14-Mãe 15-Namorada 16-Namorado 17-Padrasto 18-Pai 19-Os Pais 20-Patrão 21-Patroa 22-Prima 23-Primo 24-Tia 25-Tio 26-Vizinha 27-Vizinho 28-Ignorado 29-Outros 30-Não se aplica 31-Sozinho/Própria pessoa 32-Filha 33-Filho 34-Ex-conjuge 35-Cuidadora 36-Cuidador 37-Pessoa com relação institucional 38-Policial/Agente da lei 39-Desconhecida 40-Desconhecido 41-Cunhada 42-Cunhado 43-Conhecida 44-Conhecido 45-Ex-namorada 46-Ex Namorado 47-Neta 48-Neto 29-Outros(é obrigatório descrever em Observações Adicionais)

CARACTERÍSTICAS

Esta violência foi motivada por:

01 – Sexismo 02 – Homofobia/Lesbofobia/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

Característica: Se relacionada ao trabalho, foi emitida CAT? Ocorreu outras vezes? (revitimização)

1- Doméstica (autor é pessoa da relação familiar) 2- Urbana 3 - Institucional
 4- Relacionada ao Trabalho 5 – Nenhuma das anteriores 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado

Força corporal/ espancamento Obj. pérfuro- cortante Substância/ Obj. quente Arma de fogo Omissão
 Enforcamento Obj. contundente Envenenamento Ameaça Ameaça de Morte
 Esganadura Asfixia Outros _____

DADOS DA OCORRÊNCIA

Local da Ocorrência (para Viol. Urbana registrar o local da abordagem)

01 - Residência 03 - Escola 05 - Bar ou similar 07 - Comércio/serviços 99 - Ignorado
 02 - Habitação coletiva 04 - Local de prática esportiva 06 - Via pública 08 - Indústrias/construção 09 - Outro _____

UF Município da ocorrência _____ Bairro da ocorrência _____ Distrito da ocorrência _____

Tipo Logr. Nome do Logradouro da ocorrência, para TIPO utilizar: 1-Avenida 2- Rua 3- Travessa 4-Caminho 5-Viela 6-Praça 7-Alameda 8-Estrada 9-Outro _____ Número _____

Complemento (apto., casa, ...) _____ Ponto de Referência _____

CEP _____ Zona 1 - Urbana 2 - Rural
 3 - Periurbana 9 - Ignorado

VIOLÊNCIA SEXUAL

Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2 - Não 8 - Não se aplica 9- Ignorado

Assédio sexual Exploração Sexual Comercial (Crianças e Adolescentes)
 Estupro Pornografia infantil Exploração Sexual
 Outros _____

Se ocorreu penetração, qual o tipo?
 1- Sim 2 - Não 8 - Não se aplica 9- Ignorado

Oral Anal Vaginal

Procedimento realizado (somente para área da saúde, outras marcar 8-Não se aplica) 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

Consequências da Violência Sexual 1- Sim 2 - Não 8 - Não se aplica 9- Ignorado

Gravidez DST Aborto Tentativa de Suicídio

AUTOR

Ciclo de Vida do Provável Autor da Agressão

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

Número de envolvidos Suspeita de uso de álcool pelo autor(es) Suspeita de uso de outras drogas pelo autor(es)

1 - Um 2 - Dois ou mais 9 - Ignorado 1- Sim 2 - Não 9- Ignorado 1- Sim 2 - Não 9- Ignorado

ENCAMINHAMENTO

Encaminhamento da pessoa vítima (realizado pela unidade notificadora) 1- Sim 2 - Não 9- Ignorado

Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde, Hospital, outras) Delegacias de Atendimento ao Idoso Justiça da Infância e da Juventude
 Rede da Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) Centro de Referência dos Direitos Humanos Defensoria pública
 Rede da Educação (Creche, Escola, outras) Ministério Público Ministério do Trabalho e Emprego
 Rede de Atendimento à Mulher (CEAMO, outras) Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente Centro de referência LGTTB
 Conselho Tutelar Delegacia de Atendimento à Mulher Abrigo
 Conselho do Idoso Outras Delegacias Outros: _____

Não Preencher

CID 10 - Cap XX

Informações Complementares e Observações

Nome do Acompanhante _____ Vínculo/grau de parentesco _____ (DDD) Telefone _____

Observações Adicionais:

Para Unidades de Referência (indicar unidade que encaminhou) _____