



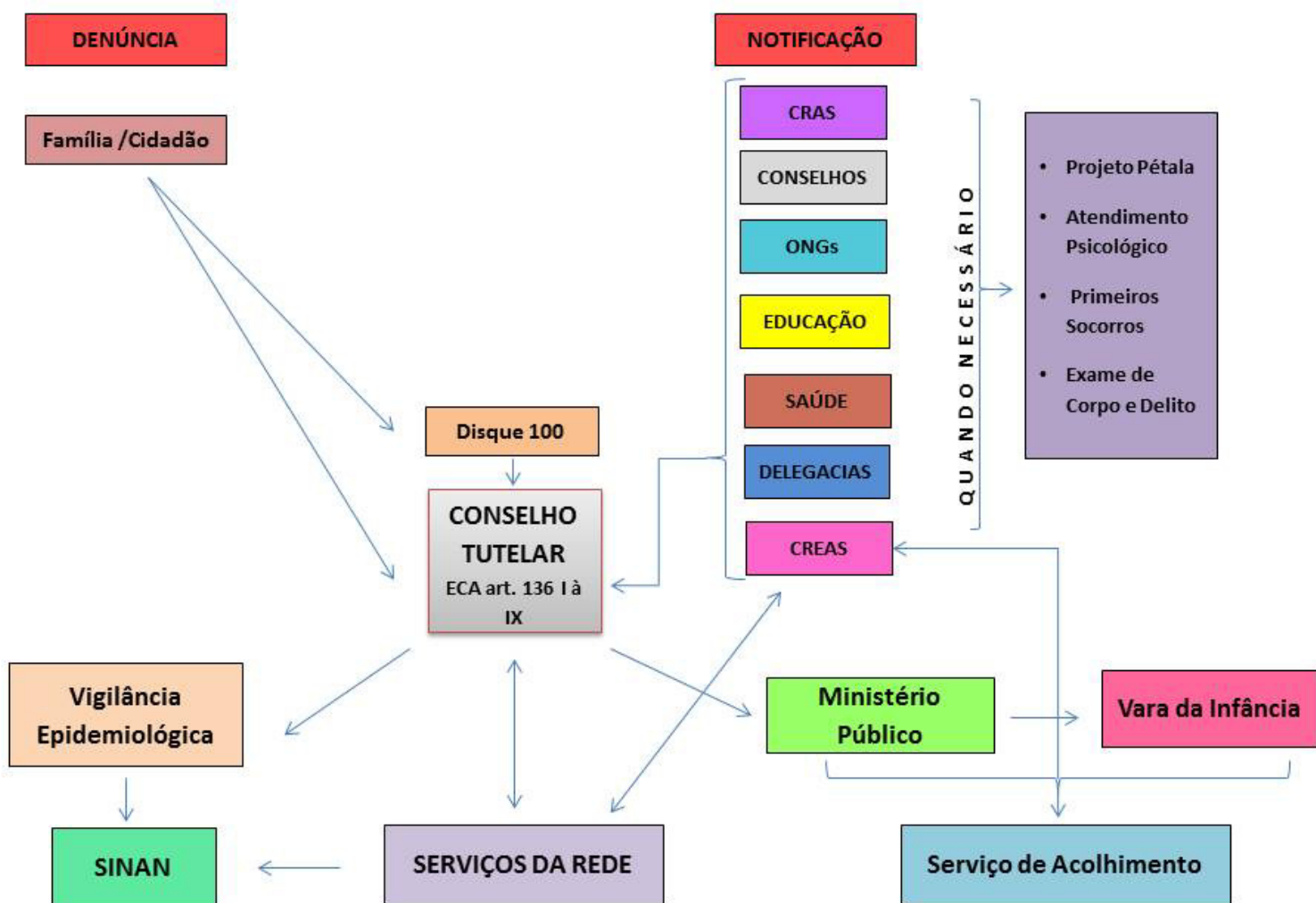
# *Prefeitura Municipal de Assis*

*Paço Municipal Prof<sup>a</sup> “Judith de Oliveira Garcez”*

Gabinete do Prefeito

- Sim, a Secretaria Municipal da Saúde cumpre a referida Lei da seguinte forma:
  
- Todas as Unidades de Saúde do município possuem um fluxograma, anexo, que dispõe sobre os serviços que realizam o atendimento em casos de violência.
  
- As Unidades de Saúde são cadastradas como Unidades Notificadoras e realizam a notificação, quando necessário, no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), conforme anexo.

## Fluxo de Atendimento em Casos de Violência - Assis



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 <span style="float: right;">2 - Individual</span>		2 Agravado/doença <b>VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA</b>		Código (CID10) <b>Y09</b>		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							
	7 Nome da Unidade Notificadora				Código Unidade		9 Data da ocorrência da violência	
	8 Unidade de Saúde				Código (CNES)			
	10 Nome do paciente							
Notificação Individual	12 (ou) Idade <input type="checkbox"/> 1- Hora 2- Dia 3- Mês 4- Ano		13 Sexo M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino 1 - Ignorado		14 Gestante 1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre 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 a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 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			
	19 UF		20 Município de Residência		Código (IBGE)		21 Distrito	
	22 Bairro		23 Logradouro (rua, avenida,...)		Código			
Dados de Residência	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 1 - Urbana 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana 9 - Ignorado		32 País (se residente fora do Brasil)			
	<b>Dados Complementares</b>							
	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 1-Heterossexual 2-Homossexual (gay/lésbica)		3-Bissexual 8-Não se aplica 9-Ignorado		37 Identidade de gênero: 1-Travesti 2-Mulher Transexual		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? <input type="checkbox"/> Deficiência Física <input type="checkbox"/> Deficiência Intelectual		1- Sim 2- Não 8-Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Deficiência visual <input type="checkbox"/> Deficiência auditiva		<input type="checkbox"/> Transtorno mental <input type="checkbox"/> Transtorno de comportamento		
Dados da Pessoa Atendida	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 1 - Urbana 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana 9 - Ignorado		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 09 - Outro		53 Ocorreu outras vezes? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
	03 - Escola		06 - Via pública		99 - Ignorado		54 A lesão foi autoprovocada? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
Dados da Ocorrência								

**55** 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

**56** Tipo de violência 1- Sim 2- Não 9- Ignorado

Física  Tráfico de seres humanos  Intervenção legal

Psicológica/Moral  Financeira/Econômica  Outros \_\_\_\_\_

Tortura  Negligência/Abandono  Trabalho infantil \_\_\_\_\_

Sexual

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

Força corporal/espantamento  Obj. perfuro-cortante  Arma de fogo

Enforcamento  Substância/Obj. quente  Ameaça

Obj. contundente  Envenenamento, Intoxicação  Outro \_\_\_\_\_

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

Assédio sexual  Estupro  Pornografia infantil  Exploração sexual  Outros \_\_\_\_\_

**59** Procedimento realizado 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

**60** Número de envolvidos 1 - Um  2 - Dois ou mais  9 - Ignorado

**61** Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida 1-Sim 2-Não 9-Ignorado

Pai  Ex-Cônjuge  Amigos/conhecidos  Policial/agente da lei

Mãe  Namorado(a)  Desconhecido(a)

Padrasto  Ex-Namorado(a)  Cuidador(a)  Própria pessoa

Madrasta  Filho(a)  Patrão/chefe  Outros \_\_\_\_\_

Cônjuge  Irmão(ã)  Pessoa com relação institucional

**62** Sexo do provável autor da violência 1 - Masculino  2 - Feminino  3 - Ambos os sexos  9 - Ignorado

**63** Suspeita de uso de álcool 1- Sim  2 - Não  9- Ignorado

**64** Ciclo de vida do provável autor da violência:

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

**65** Encaminhamento: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado

Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde, hospital, outras)  Conselho do Idoso  Delegacia de Atendimento à Mulher

Rede da Assistência Social (CRAS, CREAS, outras)  Delegacia de Atendimento ao Idoso  Outras delegacias

Rede da Educação (Creche, escola, outras)  Centro de Referência dos Direitos Humanos  Justiça da Infância e da Juventude

Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras)  Ministério Público  Defensoria Pública

Conselho Tutelar  Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente

**66** Violência Relacionada ao Trabalho  1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

**67** Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT)  1- Sim 2 - Não 8 - Não se aplica 9- Ignorado

**68** Circunstância da lesão CID 10 - Cap XX \_\_\_\_\_

**69** Data de encerramento \_\_\_\_\_

**Informações complementares e observações**

Nome do acompanhante \_\_\_\_\_ Vínculo/grau de parentesco \_\_\_\_\_ (DDD) Telefone \_\_\_\_\_

**Observações Adicionais:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Disque Saúde - Ouvidoria Geral do SUS** 136

**TELEFONES ÚTEIS** Central de Atendimento à Mulher 180

**Disque Direitos Humanos** 100

**Notificador** Município/Unidade de Saúde \_\_\_\_\_ Cód. da Unid. de Saúde/CNES \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ Função \_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_