

ANEXO I: FORMULÁRIO DE COMUNICAÇÃO INTRA/INTERSETORIAL PARA PESSOAS EM SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA.

1. COMUNICAÇÃO:

Nome da Unidade Notificadora _____ Telefone: _____
Encaminhar para: _____ Data da Notificação: _____

2. IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA:

Nome completo: _____
Data de Nascimento: ___/___/___ Escola: _____ serie: _____
Nome social: _____
Nome da mãe: _____
Nome do pai: _____
Responsável: _____
Nº RG /CPF: _____
ENDEREÇO: _____ TELEFONE: _____

3. SITUAÇÃO DA VIOLÊNCIA

3.1 Tipo de Violência:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Física | <input type="checkbox"/> Sexual | <input type="checkbox"/> Trabalho Infantil |
| <input type="checkbox"/> Psicológica/Moral | <input type="checkbox"/> Tráfico de Seres Humanos | <input type="checkbox"/> Outros _____ |
| <input type="checkbox"/> Tortura | <input type="checkbox"/> Negligência/Abandono | |

3.2 NOME DO SUPOSTO AUTOR DA VIOLÊNCIA: _____

3.3 Vínculo com a pessoa em situação de violência:

- | | | |
|--------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Pai | <input type="checkbox"/> EX-Namorado(a) | <input type="checkbox"/> Pessoa com relação Institucional |
| <input type="checkbox"/> Mãe | <input type="checkbox"/> Filho(a) | <input type="checkbox"/> Policial/Agente da Lei |
| <input type="checkbox"/> Padrasto | <input type="checkbox"/> Irmão (a) | <input type="checkbox"/> Própria pessoa |
| <input type="checkbox"/> Madrasta | <input type="checkbox"/> Amigos/Conhecidos | <input type="checkbox"/> Outros _____ |
| <input type="checkbox"/> Cônjuge | <input type="checkbox"/> Desconhecido | |
| <input type="checkbox"/> EX-Cônjuge | <input type="checkbox"/> Cuidador (a) | |
| <input type="checkbox"/> Namorado(a) | <input type="checkbox"/> Patrão/Chefe | |

3.3 RELATO RESUMIDO DA SITUAÇÃO (Opcional relatório em anexo)

4. ENCAMINHAMENTOS REALIZADOS:(marque sim ou não)

Vigilância Epidemiológica _____ Data: _____

Conselho Tutelar _____ Data: _____

Rede da Saúde : _____ Data: _____

Rede da Assistência Social _____ Data: _____

Outras Delegacias: _____ Data: _____

Delegacia de Atendimento à Mulher: _____ Data: _____

Ministério Público: _____ Data: _____

Justiça da Infância e da Juventude: _____ Data: _____

Defensoria Pública: _____ Data: _____

Outros serviços e/ou Instituições: _____

Nome do responsável Comunicação _____ Função: _____

Município : _____

Data da Notificação: _____

***Importante: Preencher a Ficha Sinan e encaminhar a Via original para Vigilância Epidemiológica.**