

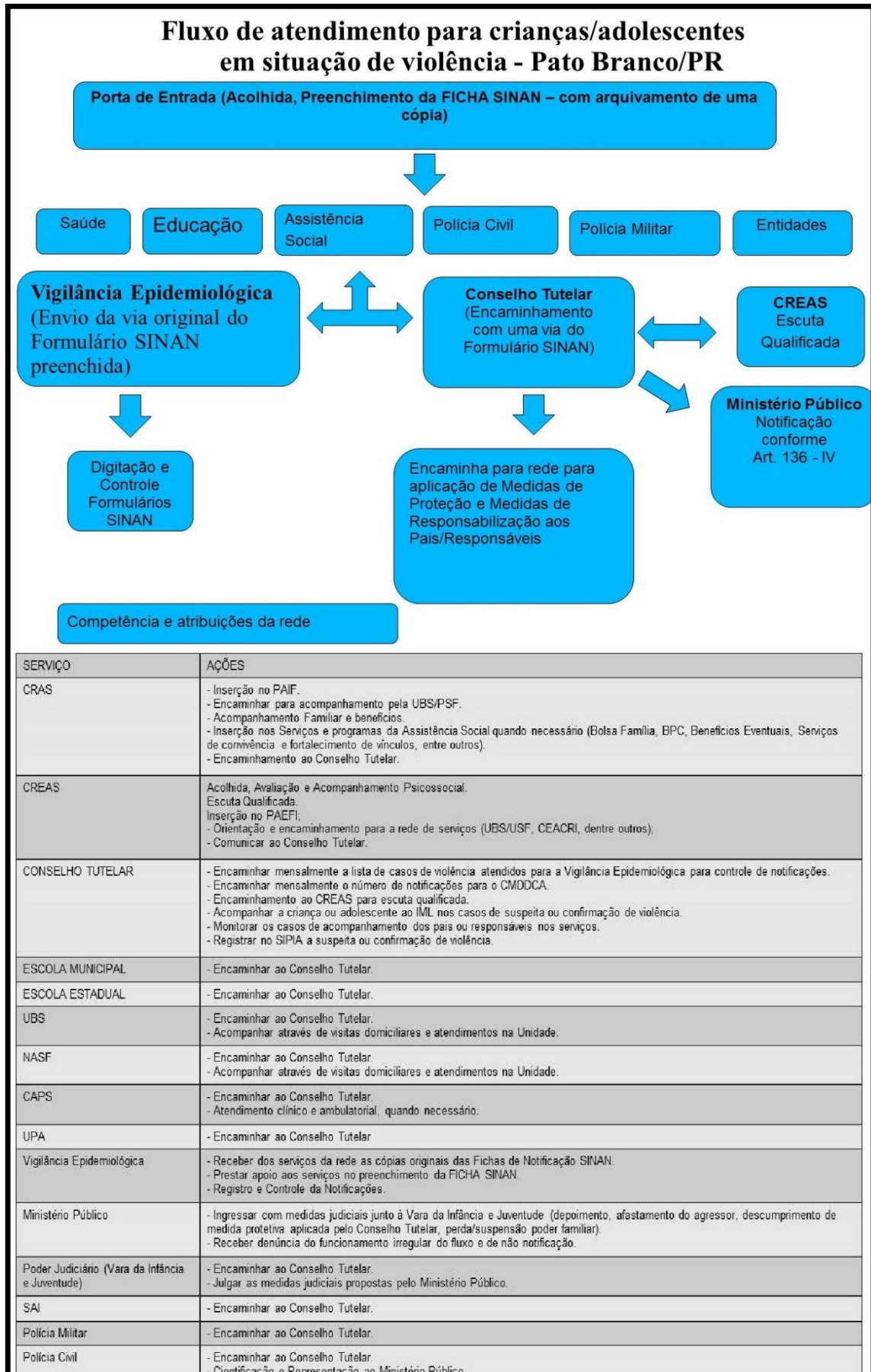
ORIENTAÇÕES E DIRETRIZES PARA O SISTEMA DE
GARANTIA DE DIREITOS DO MUNICÍPIO DE PATO
BRANCO – PR NA NOTIFICAÇÃO/COMUNICAÇÃO DE
SUSPEITA OU CONFIRMAÇÃO DE CRIANÇA E
ADOLESCENTE EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

Estatuto da Criança e do Adolescente

LEI FEDERAL 13.431/2017

DECRETO FEDERAL 9.603/2018

DECRETO ESTADUAL 8116/2021



ORIENTAÇÕES GERAIS:

- Todo profissional que tomar conhecimento de situação de suspeita ou confirmação de violência contra criança e adolescente deverá imediatamente:
 - a) Comunicar o fato ao Conselho Tutelar (conforme modelo de formulário de comunicação, inserido no anexo I). Encaminha uma via ao Conselho Tutelar e arquiva uma cópia na instituição;
 - b) Notificar o fato a Vigilância Epidemiológica do município (através do preenchimento da Ficha SINAN, inserida no anexo II). Encaminha a via original a vigilância e arquiva uma cópia na instituição;
- Caso a criança ou adolescente abordar profissional e relatar espontaneamente que foi e/ou está sendo sendo vítima de violência e/ou presenciou algum ato de violência. Independente do local e das circunstâncias em que a criança ou adolescente efetuar a revelação espontânea, o profissional deverá:
 - a) Preencher o instrumento de Registro de Revelação Espontânea, conforme modelo inserido no anexo III e encaminhar ao Conselho Tutelar. Encaminhar de forma sigilosa e urgente – via ofício em envelope lacrado – a via original ao Conselho e arquivar uma cópia na instituição, com a identificação do profissional que ouviu a criança ou adolescente;
 - b) Notificar o fato a Vigilância Epidemiológica do município (através do preenchimento da Ficha SINAN, inserida no anexo II). Encaminha uma via ao Conselho Tutelar e arquiva uma cópia na instituição;

DIRETRIZES GERAIS:

- Em caso que se evidencie a prática de crime o Registro de Revelação Espontânea deverá se protocolado no Ministério Público ou na Polícia Civil do município.
- **Qual deverá ser a postura do profissional?** Deverá acolher, ouvir e estimular o relato livre, sem perguntas fechadas ou sugestivas, não demonstrando reações que possam impressionar, suggestionar ou constranger a criança ou adolescente. Ouvir a revelação sem julgamento de valor ou questionamentos. Em hipótese

alguma deve-se preencher o instrumento de Revelação Espontânea na presença da criança ou adolescente.

- **Quem preencherá o Instrumento de Registro da Revelação Espontânea?** A regra é de que o instrumento seja preenchido pela pessoa que a criança ou adolescente procurar para fazer a revelação. Excepcionalmente, em caso de dificuldade no preenchimento/escrita do Instrumento poderá haver o auxílio necessário. Em nenhuma hipótese a criança/adolescente deverá ser conduzido para ser ouvido por pessoa diversa daquela que ela elegeu como de sua confiança para o relato.
- **Como preencher o Registro da Revelação Espontânea e os demais instrumentos?** Preencher todos os campos de forma legível. Colocar os dados de identificação completos que poderão ser acessados após a escuta da criança/adolescente. Preencher a data, horário e local da ocorrência somente se constar no livre relato. O registro deverá ser preenchido logo em seguida à revelação espontânea para que se tenha a integralidade dos fatos. Caso necessitar de mais espaço, utilizar o verso da folha. A descrição dos fatos deverá ser redigida de forma fidedigna sem omitir nenhum detalhe exposto e sem fazer deduções pessoais sobre a situação, utilizando as próprias palavras da criança/ adolescente, mesmo que os termos possam ser inadequados. O profissional poderá fazer, após a descrição do relato, caso considere necessário, observações pertinentes à sua impressão quanto à postura da criança ou adolescente, presença de lesões, choro, entre outros.
- Se ocorrerem novos relatos deverão ser preenchidos tantos instrumentais quantos necessários.
- Se dúvidas, entrar em contato com o Conselho Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente ou com o Comitê de Gestão Colegiada, através do e-mail: comissaomunicipalpatobranco@gmail.com.

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.**

ANEXO II: Ficha de Notificação de Agravos (Ficha SINAN)

Disponível em: http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/julho/02/Ficha-Viol-5.1-Final_15.06.15.pdf

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO		Nº	
FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL					
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 intrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoas com deficiência, indígenas e população LGBT.					
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação		2 - Individual		
	2 Agravado(a)		VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA		3 Data da notificação
	4 UF		6 Município de notificação		5 Código (CID-10) Y09
	8 Unidade Notificadora		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 Código (BGE)
Notificação Individual	7 Nome da Unidade Notificadora		Código Unidade		8 Data da ocorrência da violência
	8 Unidade de Saúde		Código (UNES)		
	10 Nome do paciente				11 Data de nascimento
	12 (ou) Idade		13 Sexo M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> 1- Ignorado		14 Gestante
Dados de Residência	16 Escolaridade		17 Número do Cartão SUS		18 Nome da mãe
	18 UF		20 Município de Residência		21 Distrito
	22 Bairro		23 Logradouro (rua, avenida,...)		24 Código
	24 Número		25 Complemento (apto., casa, ...)		26 Geo campo 1
Dados da Pessoa Atendida	27 Geo campo 2		28 Ponto de Referência		29 CEP
	30 (DDD) Telefone		31 Zona		32 País (se residente fora do Brasil)
	33 Nome Social		34 Ocupação		
	35 Situação conjugal / Estado civil		36 Orientação Sexual		37 Identidade de gênero
Dados da Ocorrência	38 Possui algum tipo de deficiência/transgênero?		39 Se sim, qual tipo de deficiência/transgênero?		40 UF
	40 UF		41 Município de ocorrência		42 Distrito
	43 Bairro		44 Logradouro (rua, avenida,...)		45 Código
	46 Número		47 Complemento (apto., casa, ...)		47 Geo campo 3
48 Ponto de Referência		60 Zona		61 Hora da ocorrência	
62 Local de ocorrência		63 Local de ocorrência		64 Ocorreu outras vezes?	
01 - Residência		04 - Local de prática esportiva		08 - Indústrias/construção	
02 - Habitação coletiva		05 - Bar ou similar		09 - Outro	
03 - Escola		06 - Via pública		99 - Ignorado	
		07 - Comércio/serviços		68 A lesão foi autoprovocada?	
				1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
				1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	

Violência	66 Essa violência foi motivada por: 01-Sextismo 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		
	68 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"/> Outros <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Negligência/Abandono <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Trabalho Infantil		
Violência Sexual	67 Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Força corporal/ espancamento <input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Sustância/ Obj. quente <input type="checkbox"/> Ameaça <input type="checkbox"/> Obj. contundente <input type="checkbox"/> Envenenamento, Intoxicação <input type="checkbox"/> Outro		
	68 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"/> Fomografia Infantil <input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> Outros		
Dados do provável autor da violência	68 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		
	69 Número de envolvidos 1- Um 2- Dois ou mais 9- Ignorado <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9	81 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"/> Cuidador(a) <input type="checkbox"/> Própria pessoa <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Madrinha <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> irmão(ã)	62 Sexo do provável autor da violência 1- Masculino 2- Feminino 3- Ambos os sexos 9- Ignorado <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 9
Encaminhamento	84 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		
	86 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		
Dados finais	88 Violência Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 87 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) <input type="checkbox"/> 88 Circunstância da lesão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado CID 10 - Cap XX		
	88 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
Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde/CNES	
Nome	Função	Assinatura	
Violência Interpessoal/autoprovocada		Sinan	
SVS 15.06.2015			

ANEXO III: Registro de Revelação Espontânea

REGISTRO DE REVELAÇÃO ESPONTÂNEA – PATO BRANCO/PR

Data da revelação: ___/___/___

A) DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA/ADOLESCENTE

Nome: _____

Nome Social: _____

Sexo: M () F () Data de nascimento: ___/___/___ . Idade: _____ anos.

Com deficiência: () Não () Sim, qual: _____

Filiação: _____

Responsável legal: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ - _____. Telefone: () _____

B) DESCRIÇÃO DA REVELAÇÃO ESPONTÂNEA (do ocorrido): (incluir na descrição, se possível, a data, a hora, local e município do ocorrido). Obs: Usar o verso se for necessário.

C) ENCAMINHAMENTOS (quais órgãos foram acionados) _____

D) CÓDIGO DA INSTITUIÇÃO (para instituições da saúde CNES; para instituições da educação INEP; para instituições do SUAS nomina o equipe da rede socioassistencial):
