



Município: \_\_\_\_\_

Responsável: \_\_\_\_\_

Órgão: \_\_\_\_\_

Período: 01/01/2020 a 31/12/2020

TIPO DE VIOLÊNCIA

- |   |   |   |  |  |
|---|---|---|--|--|
| 1. <input type="checkbox"/> Abandono        | 5. <input type="checkbox"/> Autor de ato infracional em Cumprimento de Medida Socioeducativa em meio aberto | 9. <input type="checkbox"/> Pessoas em Situação de Rua                              | 10. <input type="checkbox"/> Racismo                     | 15. <input type="checkbox"/> Violência Doméstica |
| 2. <input type="checkbox"/> Ameaça de Morte | <input type="checkbox"/> Liberdade Assistida (L.A.)   | <input type="checkbox"/> Residente  | 11. <input type="checkbox"/> Ruptura de Vínculos         | <input type="checkbox"/> Física                  |
| 3. <input type="checkbox"/> Assédio Moral   | <input type="checkbox"/> Prestação de Serviços a comunidade (P.S.C.)  | <input type="checkbox"/> Recebe BPC (Benefício de Prestação Continuada)?            | 12. <input type="checkbox"/> Trabalho Análogo ao Escravo | <input type="checkbox"/> Psicológica             |
| 4. <input type="checkbox"/> Cárcere Privado |   | <input type="checkbox"/> Participa de Programa de transferência de renda (PBF, ...) | 13. <input type="checkbox"/> Trabalho Infantil           | <input type="checkbox"/> Negligência             |
|   | 6. <input type="checkbox"/> Exploração Patrimonial  | <input type="checkbox"/> Imigrante  | 14. <input type="checkbox"/> Tráfico de Seres Humanos    | 16. <input type="checkbox"/> Violência Sexual    |
|   | 7. <input type="checkbox"/> Homofobia   | País: _____   |  | <input type="checkbox"/> Abuso                   |
|   |   | Estado: _____   |  | <input type="checkbox"/> Exploração Sexual       |
|   |   | Município: _____  |  |  |
|   | 8. <input type="checkbox"/> Pessoa em Risco Pessoal e Social em Decorrente do Uso de Álcool e Outras Drogas | <input type="checkbox"/> Recebe BPC (Benefício de Prestação Continuada)?            |  |  |
|   |   | <input type="checkbox"/> Participa de Programa de transferência de renda (PBF, ...) |  |  |

DADOS DO VIOLADO

CICLO DE VIDA		SEXO	ETNIA		SEGMENTO PCD	SEGMENTO LGBTQIA+
1. <input type="checkbox"/> Criança 00-06 anos	4. <input type="checkbox"/> Jovem	1. <input type="checkbox"/> Masculino	1. <input type="checkbox"/> Branco	4. <input type="checkbox"/> Índio	1. <input type="checkbox"/> PCD	1. <input type="checkbox"/> LGBTQIA+
2. <input type="checkbox"/> Criança 07-11 anos	5. <input type="checkbox"/> Adulto		2. <input type="checkbox"/> Pardo	5. <input type="checkbox"/> Amarelo	2. <input type="checkbox"/> Não PCD	2. <input type="checkbox"/> Não LGBTQIA+
3. <input type="checkbox"/> Adolescente	6. <input type="checkbox"/> Idoso	2. <input type="checkbox"/> Feminino	3. <input type="checkbox"/> Negro	6. <input type="checkbox"/> S.I. Etnia	3. <input type="checkbox"/> S.I. PCD	3. <input type="checkbox"/> S.I. LGBTQIA+

DATA DA NOTIFICAÇÃO: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

NIS: \_\_\_\_\_

PIS/PASEP: \_\_\_\_\_

CERTIDÃO DE NASCIMENTO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ÓRGÃO DE COLETA

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> CAPS  | <input type="checkbox"/> FÓRUM   |
| <input type="checkbox"/> CENTRO DE CONVIVÊNCIA                       | <input type="checkbox"/> HOSPITAL                                      |
| <input type="checkbox"/> CENTRO DE REFERÊNCIA E ATENDIMENTO À MULHER | <input type="checkbox"/> MINISTÉRIO PÚBLICO                            |
| <input type="checkbox"/> CENTRO POP                                  | <input type="checkbox"/> NÚCLEO DE DIVERSIDADE SEXUAL                  |
| <input type="checkbox"/> CMAS  | <input type="checkbox"/> OUTRAS FONTES                                 |
| <input type="checkbox"/> CONSELHO MUNICIPAL DOS DIREITOS DA MULHER   | <input type="checkbox"/> PETI  |
| <input type="checkbox"/> CONSELHO MUNICIPAL DOS DIREITOS DO IDOSO    | <input type="checkbox"/> PODER JUDICIÁRIO                              |
| <input type="checkbox"/> CONSELHO TUTELAR                            | <input type="checkbox"/> PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL                      |
| <input type="checkbox"/> CRAS  | <input type="checkbox"/> REDE MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO                    |
| <input type="checkbox"/> CREAS                                       | <input type="checkbox"/> REDE MUNICIPAL DE SAÚDE                       |
| <input type="checkbox"/> DECECA                                      | <input type="checkbox"/> SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL OU CONGÊNERE |
| <input type="checkbox"/> DELEGACIA                                   |  |
| <input type="checkbox"/> DELEGACIA DA MULHER                         | <input type="checkbox"/> SECRETARIA DE SAÚDE                           |
| <input type="checkbox"/> DISQUE 100                                  | <input type="checkbox"/> UNIDADES DE ACOLHIMENTO                       |
| <input type="checkbox"/> FONTE NÃO INFORMADA                         |  |

Bairro ou Localidade onde Reside a Vítima: \_\_\_\_\_

STATUS DO ACOMPANHAMENTO

Local de Acompanhamento

Status do Acompanhamento

- |  |   |
|--|---|
| 1. <input type="checkbox"/> CENTRO DIA                         | 8. <input type="checkbox"/> CENTRO DE CONVIVÊNCIA |
| 2. <input type="checkbox"/> CENTRO POP                         | 9. <input type="checkbox"/> FAMÍLIA ACOLHEDORA    |
| 3. <input type="checkbox"/> CRAS                               |   |
| 4. <input type="checkbox"/> CREAS                              |   |
| 5. <input type="checkbox"/> ÓRGÃO GESTOR DA ASSISTÊNCIA SOCIAL |   |
| 6. <input type="checkbox"/> OUTRA UNIDADE PARA OFERTA DO SCFV  |   |
| 7. <input type="checkbox"/> UNIDADE DE ACOLHIMENTO             |   |

- |  |
|--|
| 1. <input type="checkbox"/> Caso concluído         |
| 2. <input type="checkbox"/> Caso em acompanhamento |
| 3. <input type="checkbox"/> Caso não acompanhado   |
| 4. <input type="checkbox"/> Caso sem informação    |

Obrigatório (somente em casos de Ruptura de Vínculos e Pessoa em situação de Rua) selecionar pelo menos 1 dos itens abaixo caso a notificação esteja como CASO EM ACOMPANHAMENTO ou CASO CONCLUÍDO

- |   |
|---|
| 1. <input type="checkbox"/> Houve Acolhimento           |
| 2. <input type="checkbox"/> Houve reinserção na família |

DADOS DO VIOLADOR

PARENTESCO		SEXO	IDADE	ETNIA	
1. <input type="checkbox"/> Pai / Mãe	4. <input type="checkbox"/> Sem vínculo familiar	1. <input type="checkbox"/> Masculino	Idade em anos: _____	1. <input type="checkbox"/> Branco	4. <input type="checkbox"/> Índio
2. <input type="checkbox"/> Irmão / Irmã	5. <input type="checkbox"/> Sem informação	2. <input type="checkbox"/> Feminino		2. <input type="checkbox"/> Pardo	5. <input type="checkbox"/> Amarelo
3. <input type="checkbox"/> Outro familiar	6. <input type="checkbox"/> Estado – Órgão Público	3. <input type="checkbox"/> S.I.		3. <input type="checkbox"/> Negro	6. <input type="checkbox"/> S.I. Etnia



Município:

**Responsável:**

**Órgão:**

**Período: 01 / 01 / 2020 à 31 / 12 / 2020**[illegible]