





|  |   |                             |  |
|--|---|-----------------------------|--|
|       | HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU<br>Av. Professor Mário Rubens Guimarães Montenegro, s/n<br>CEP 18618-687-Botucatu/SP – Telefone: +55(14) 3811-6000<br>E-mail: <a href="mailto:superintendencia.hcfmb@unesp.br">superintendencia.hcfmb@unesp.br</a> | <b>PRC SO 003 Pág: 1/17</b> |  |
|  |   | <b>Emissão: 17/10/2023</b>  |  |
|       | <b>PROTOCOLO CLÍNICO DO SERVIÇO DE OBSTETRÍCIA<br/>         DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE<br/>         MEDICINA DE BOTUCATU</b>  | <b>Revisão nº: 00</b>       |  |
|  |   |                             |  |
| <b>PRC SO 003 - PROTOCOLO DE INTERRUÇÃO DE GESTAÇÃO DECORRENTE DE VIOLÊNCIA SEXUAL</b> |   |                             |  |

|                       |   |
|-----------------------|---|
| <b>Anexos 1A e 1B</b> | Termos de Responsabilidade  |
| <b>Anexo 2</b>        | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE                                   |
| <b>Anexo 3</b>        | Termo de Relato Circunstanciado   |
| <b>Anexo 4</b>        | Parecer Técnico de Médico Responsável   |
| <b>Anexo 5</b>        | Termo de Aprovação de Procedimento de Procedimento de Interrupção da Gravidez       |
| <b>Anexos 6A e 6B</b> | Termo de Consentimento para coleta de material para análise de DNA                  |
| <b>Anexo 7</b>        | Ficha de Atendimento Médico de Vítima de Violência Sexual                           |
| <b>Anexo 8</b>        | Ficha de Atendimento Serviço Social de Vítima de Violência Sexual Infantil e Adulto |
| <b>Anexo 9</b>        | Ficha de Notificação de Violência Interpessoal / Autoprovocada                      |
| <b>Anexo 10</b>       | Check-list da Finalização do Atendimento às Vítimas de Violência Sexual             |

Aprovação da diretoria Clínica: Dra. Marise Pereira Silva

Aprovação da médica do Serviço de Obstetrícia: Cláudia Garcia Magalhães

|  |   |  |                            |
|--|---|--|----------------------------|
|       | HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU<br>Av. Professor Mário Rubens Guimarães Montenegro, s/n<br>CEP 18618-687-Botucatu/SP – Telefone: +55(14) 3811-6000<br>E-mail: <a href="mailto:superintendencia.hcfmb@unesp.br">superintendencia.hcfmb@unesp.br</a> | <b>PRC SO 003 Pág: 2/17</b>  |                            |
|  |    | <b>PROTOCOLO CLÍNICO DO SERVIÇO DE OBSTETRÍCIA<br/>DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE<br/>MEDICINA DE BOTUCATU</b> | <b>Emissão: 17/10/2023</b> |
| <b>Revisão nº: 00</b>  |   |  |                            |
| <b>PRC SO 003 - PROTOCOLO DE INTERRUÇÃO DE GESTAÇÃO DECORRENTE DE VIOLÊNCIA SEXUAL</b> |   |  |                            |

### Anexo 1A - TERMO DE RESPONSABILIDADE – Maior de Idade

Por meio deste instrumento, eu \_\_\_\_\_ ,  
portadora do documento de identificação tipo \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_, RG hospitalar  
nº \_\_\_\_\_ solicito a interrupção de gestação, conforme previsto em lei e assumo a  
responsabilidade penal decorrente da prática dos crimes de Falsidade Ideológica e de Aborto,  
previstos nos Artigos 299 e 124 do Código Penal Brasileiro, caso as informações por mim prestadas  
à equipe multidisciplinar do Programa de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual NÃO  
correspondam à legítima expressão da verdade.

Botucatu, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

---



Nome Completo

---

Assinatura

Aprovação da diretoria Clínica: Dra. Marise Pereira Silva

Aprovação da médica do Serviço de Obstetrícia: Cláudia Garcia Magalhães

|   |   |   |                     |
|---|---|---|---------------------|
|  | HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU<br>Av. Professor Mário Rubens Guimarães Montenegro, s/n<br>CEP 18618-687-Botucatu/SP – Telefone: +55(14) 3811-6000<br>E-mail: <a href="mailto:superintendencia.hcfmb@unesp.br">superintendencia.hcfmb@unesp.br</a> | PRC SO 003 Pág: 3/17  |                     |
|   |    | PROTOCOLO CLÍNICO DO SERVIÇO DE OBSTETRÍCIA<br>DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE<br>MEDICINA DE BOTUCATU | Emissão: 17/10/2023 |
| Revisão nº: 00  |   |   |                     |
| PRC SO 003 - PROTOCOLO DE INTERRUPTÃO DE GESTAÇÃO DECORRENTE DE VIOLÊNCIA SEXUAL  |   |   |                     |

### Anexo 1B - TERMO DE RESPONSABILIDADE – Menor de idade

Por meio deste instrumento, eu \_\_\_\_\_, portadora do documento de identificação tipo \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_, RG hospitalar nº \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ legalmente representada por \_\_\_\_\_, portador (a) do documento de identificação tipo \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_, solicito a interrupção de gestação, conforme previsto em lei, e assumo a responsabilidade penal decorrente da prática dos crimes de Falsidade Ideológica e de Aborto, previstos nos Artigos 299 e 124 do Código Penal Brasileiro, caso as informações por mim prestadas à equipe multidisciplinar do Programa de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual NÃO correspondam à legítima expressão da verdade.



Botucatu \_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura da paciente

\_\_\_\_\_  
Nome e assinatura do (a) representante legal – Grau de parentesco

Aprovação da diretoria Clínica: Dra. Marise Pereira Silva

Aprovação da médica do Serviço de Obstetrícia: Cláudia Garcia Magalhães

|   |   |   |                     |
|---|---|---|---------------------|
|  | HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU<br>Av. Professor Mário Rubens Guimarães Montenegro, s/n<br>CEP 18618-687-Botucatu/SP – Telefone: +55(14) 3811-6000<br>E-mail: <a href="mailto:superintendencia.hcfmb@unesp.br">superintendencia.hcfmb@unesp.br</a> | PRC SO 003 Pág: 4/17  |                     |
|   |    | PROTOCOLO CLÍNICO DO SERVIÇO DE OBSTETRÍCIA<br>DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE<br>MEDICINA DE BOTUCATU | Emissão: 17/10/2023 |
| Revisão nº: 00  |   |   |                     |
| PRC SO 003 - PROTOCOLO DE INTERRUPTÃO DE GESTAÇÃO DECORRENTE DE VIOLÊNCIA SEXUAL  |   |   |                     |

## Anexo 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA INTERRUPTÃO DA GRAVIDEZ RESULTANTE DE ESTUPRO

Por meio deste instrumento, eu, \_\_\_\_\_, documento de identificação tipo \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_, registro hospitalar nº \_\_\_\_\_ e/ou meu representante legal/responsável \_\_\_\_\_, documento de identificação tipo \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_, em conformidade com o artigo 128, inciso II, do Código Penal Brasileiro, exerço o direito de escolha pela interrupção da gestação, de forma livre, consciente e informada.

Declaro estar esclarecida dos procedimentos médicos que serão adotados durante a realização da intervenção (abortamento previsto em lei), bem como dos desconfortos e riscos possíveis à saúde, as formas de assistência e acompanhamentos posteriores e os profissionais responsáveis. Declaro que me é garantido o direito ao sigilo das informações prestadas, passíveis de compartilhamento em caso de requisição judicial.



Declaro também que, após ter sido convenientemente esclarecida pelos profissionais de saúde e entendido o que me foi explicado, solicito de forma livre e esclarecida a interrupção da gestação atual decorrente de estupro, e autorizo a equipe da Maternidade do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu a realização dos procedimentos necessários.

Botucatu, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura da paciente

Aprovação da diretoria Clínica: Dra. Marise Pereira Silva

Aprovação da médica do Serviço de Obstetria: Cláudia Garcia Magalhães

|  |   |  |                            |
|--|---|--|----------------------------|
|       | HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU<br>Av. Professor Mário Rubens Guimarães Montenegro, s/n<br>CEP 18618-687-Botucatu/SP – Telefone: +55(14) 3811-6000<br>E-mail: <a href="mailto:superintendencia.hcfmb@unesp.br">superintendencia.hcfmb@unesp.br</a> | <b>PRC SO 003 Pág: 5/17</b>  |                            |
|  |    | <b>PROTOCOLO CLÍNICO DO SERVIÇO DE OBSTETRÍCIA<br/>DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE<br/>MEDICINA DE BOTUCATU</b> | <b>Emissão: 17/10/2023</b> |
| <b>Revisão nº: 00</b>  |   |  |                            |
| <b>PRC SO 003 - PROTOCOLO DE INTERRUÇÃO DE GESTAÇÃO DECORRENTE DE VIOLÊNCIA SEXUAL</b> |   |  |                            |

### Anexo 3 - Termo de Relato Circunstanciado

Botucatu, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Eu, \_\_\_\_\_, brasileira, \_\_\_\_\_ anos, portadora do documento de identidade RG número \_\_\_\_\_, declaro que no dia \_\_\_\_\_, aproximadamente às \_\_\_\_\_ horas no local \_\_\_\_\_ na cidade de \_\_\_\_\_, Estado \_\_\_\_\_, fui vítima de violência sexual por um homem desconhecido, sob intimidação por \_\_\_\_\_.

Declaro ainda que fui agredida e violentada sexualmente por um homem com as seguintes características: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Assinatura da paciente

Aprovação da diretoria Clínica: Dra. Marise Pereira Silva

Aprovação da médica do Serviço de Obstetrícia: Cláudia Garcia Magalhães

|  |   |                             |  |
|--|---|-----------------------------|--|
|       | HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU<br>Av. Professor Mário Rubens Guimarães Montenegro, s/n<br>CEP 18618-687-Botucatu/SP – Telefone: +55(14) 3811-6000<br>E-mail: <a href="mailto:superintendencia.hcfmb@unesp.br">superintendencia.hcfmb@unesp.br</a> | <b>PRC SO 003 Pág: 6/17</b> |  |
|  |   | <b>Emissão: 17/10/2023</b>  |  |
|       | <b>PROTOCOLO CLÍNICO DO SERVIÇO DE OBSTETRÍCIA<br/>DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE<br/>MEDICINA DE BOTUCATU</b>  | <b>Revisão nº: 00</b>       |  |
|  |   |                             |  |
| <b>PRC SO 003 - PROTOCOLO DE INTERRUÇÃO DE GESTAÇÃO DECORRENTE DE VIOLÊNCIA SEXUAL</b> |   |                             |  |

#### Anexo 4 - PARECER TÉCNICO



Em face da análise dos resultados dos exames físico geral, ginecológico, de ultrassonografia obstétrica e demais documentos anexados ao prontuário hospitalar nº \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_ paciente \_\_\_\_\_, portadora do documento de identificação tipo \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_; manifesta-se pela compatibilidade entre a idade gestacional e a data da violência sexual alegada.

Local e data: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Médico (CRM)

Aprovação da diretoria Clínica: Dra. Marise Pereira Silva

Aprovação da médica do Serviço de Obstetrícia: Cláudia Garcia Magalhães

|  |   |  |                            |
|--|---|--|----------------------------|
|       | HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU<br>Av. Professor Mário Rubens Guimarães Montenegro, s/n<br>CEP 18618-687-Botucatu/SP – Telefone: +55(14) 3811-6000<br>E-mail: <a href="mailto:superintendencia.hcfmb@unesp.br">superintendencia.hcfmb@unesp.br</a> | <b>PRC SO 003 Pág: 7/17</b>  |                            |
|  |    | <b>PROTOCOLO CLÍNICO DO SERVIÇO DE OBSTETRÍCIA<br/>DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE<br/>MEDICINA DE BOTUCATU</b> | <b>Emissão: 17/10/2023</b> |
| <b>Revisão nº: 00</b>  |   |  |                            |
| <b>PRC SO 003 - PROTOCOLO DE INTERRUÇÃO DE GESTAÇÃO DECORRENTE DE VIOLÊNCIA SEXUAL</b> |   |  |                            |

## Anexo 5 - Termo de aprovação de procedimento de interrupção da gravidez resultante de estupro

Botucatu, \_\_\_\_\_

Nesta data, a Equipe de Saúde Multidisciplinar para Atendimento das Mulheres Vítimas de Violência Sexual do Hospital das Clínicas de Botucatu (HC/FMB) avaliou o pedido de interrupção de gestação, fundamentado na declaração de violência sexual apresentada por \_\_\_\_\_, portadora do documento de identificação tipo RG número \_\_\_\_\_ e RG hospitalar número \_\_\_\_\_, com idade gestacional de \_\_\_\_\_.

Atesta-se que o período se encontra em conformidade com o artigo 128 do inciso II do código penal sem a presença de indicadores de falsa alegação de crime sexual. Portanto APROVA-SE, de acordo com a conclusão do parecer técnico, a solicitação de interrupção de gestação formulada pela paciente.

Responsáveis pela aprovação – Equipe multiprofissional:



Nome e CRM do médico 1

Nome e CRM do médico 2

Nome e CRP da psicóloga

Aprovação da diretoria Clínica: Dra. Marise Pereira Silva

Aprovação da médica do Serviço de Obstetrícia: Cláudia Garcia Magalhães

|  |   |                             |  |
|--|---|-----------------------------|--|
|       | HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU<br>Av. Professor Mário Rubens Guimarães Montenegro, s/n<br>CEP 18618-687-Botucatu/SP – Telefone: +55(14) 3811-6000<br>E-mail: <a href="mailto:superintendencia.hcfmb@unesp.br">superintendencia.hcfmb@unesp.br</a> | <b>PRC SO 003 Pág: 8/17</b> |  |
|  |   | <b>Emissão: 17/10/2023</b>  |  |
|       | <b>PROTOCOLO CLÍNICO DO SERVIÇO DE OBSTETRÍCIA<br/>DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE<br/>MEDICINA DE BOTUCATU</b>  | <b>Revisão nº: 00</b>       |  |
|  |   |                             |  |
| <b>PRC SO 003 - PROTOCOLO DE INTERRUÇÃO DE GESTAÇÃO DECORRENTE DE VIOLÊNCIA SEXUAL</b> |   |                             |  |

**Anexo 6 A - Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) para coleta de material, produto de curetagem – Maior de Idade**

Doador: \_\_\_\_\_, na condição de vítima, portador do documento de identificação tipo: \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_, RG hospitalar número: \_\_\_\_\_ autoriza a coleta de material produto de abortamento após aspiração manual intrauterina ou curetagem ou coletado do feto, para identificação genética (exame de DNA), reconhecendo que o resultado poderá ser utilizado como prova a fim de apurar evento criminal em questão referente à violência sexual sofrida.



\_\_\_\_\_  
Assinatura da paciente

\_\_\_\_\_  
Nome e CRM do médico responsável pela coleta do Material

Aprovação da diretoria Clínica: Dra. Marise Pereira Silva

Aprovação da médica do Serviço de Obstetrícia: Cláudia Garcia Magalhães



|  |   |                             |  |
|--|---|-----------------------------|--|
|       | HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU<br>Av. Professor Mário Rubens Guimarães Montenegro, s/n<br>CEP 18618-687-Botucatu/SP – Telefone: +55(14) 3811-6000<br>E-mail: <a href="mailto:superintendencia.hcfmb@unesp.br">superintendencia.hcfmb@unesp.br</a> | <b>PRC SO 003 Pág: 9/17</b> |  |
|  |   | <b>Emissão: 17/10/2023</b>  |  |
|       | <b>PROTOCOLO CLÍNICO DO SERVIÇO DE OBSTETRÍCIA<br/>DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE<br/>MEDICINA DE BOTUCATU</b>  | <b>Revisão nº: 00</b>       |  |
|  |   |                             |  |
| <b>PRC SO 003 - PROTOCOLO DE INTERRUÇÃO DE GESTAÇÃO DECORRENTE DE VIOLÊNCIA SEXUAL</b> |   |                             |  |

**Anexo 6 B - Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) para coleta de material, produto de curetagem – Menor de Idade**

Doador: \_\_\_\_\_, na condição de vítima, portador do documento de identificação tipo: \_\_\_\_\_ número \_\_\_\_\_, RG hospitalar número: \_\_\_\_\_, representado legalmente por: \_\_\_\_\_ documento de identificação tipo: \_\_\_\_\_, número: \_\_\_\_\_ autoriza a coleta de material produto de abortamento após aspiração manual intrauterina ou curetagem ou material obtido do feto, para identificação genética (exame de DNA), reconhecendo que o resultado poderá ser utilizado como prova a fim de apurar evento criminal em questão referente a violência sexual sofrida.



\_\_\_\_\_  
Assinatura da paciente

\_\_\_\_\_  
Assinatura do responsável legal

\_\_\_\_\_  
Nome e CRM do Médico responsável pela coleta do material

Aprovação da diretoria Clínica: Dra. Marise Pereira Silva

Aprovação da médica do Serviço de Obstetrícia: Cláudia Garcia Magalhães



|   |   |                              |  |
|---|---|------------------------------|--|
|        | HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU<br>Av. Professor Mário Rubens Guimarães Montenegro, s/n<br>CEP 18618-687-Botucatu/SP – Telefone: +55(14) 3811-6000<br>E-mail: <a href="mailto:superintendencia.hcfmb@unesp.br">superintendencia.hcfmb@unesp.br</a> | <b>PRC SO 003 Pág: 10/17</b> |  |
|   |   | <b>Emissão: 17/10/2023</b>   |  |
|        | <b>PROTOCOLO CLÍNICO DO SERVIÇO DE OBSTETRÍCIA<br/>DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE<br/>MEDICINA DE BOTUCATU</b>  | <b>Revisão nº: 00</b>        |  |
|   |   |                              |  |
| <b>PRC SO 003 - PROTOCOLO DE INTERRUPTÃO DE GESTAÇÃO DECORRENTE DE VIOLÊNCIA SEXUAL</b> |   |                              |  |

**Anexo 7 - Ficha de Atendimento Médico de Vítimas de Violência Sexual - Disponível no Sistema Soul MV-PEP**

|   |                 |                             |            |
|---|-----------------|-----------------------------|------------|
| Paciente .....  |                 | Data Nascimento .....       |            |
| Registro .....  |                 | Sexo .....                  |            |
| Idade .....   |                 | Nº Atendimento .....        |            |
| Data Atendimento .....  |                 |                             |            |
| <b>Instrução</b>  |                 |                             |            |
| Fundamental   | Completo        |                             |            |
| Médio   | Incompleto      |                             |            |
| Superior  | anos            |                             |            |
| <b>Estado Civil</b>   |                 |                             |            |
| Casada / União Consensual                                       |                 |                             |            |
| Solteira / Separada   |                 |                             |            |
| Viúva   |                 |                             |            |
| Raça:   |                 |                             |            |
| Procedência:  |                 |                             |            |
| Telefone:   |                 | Naturalidade:               |            |
| Profissão Atual:  |                 |                             |            |
| Representante Legal (ocorrências com crianças ou adolescentes): |                 |                             |            |
| Data da Ocorrência:   |                 | Horário:                    |            |
| <b>Local</b>  | <b>Agressor</b> | <b>sim</b>                  | <b>não</b> |
| Residência  | Múltiplos       | Estupro: Vaginal Anal Oral  |            |
| Rua   | Desconhecido    |                             |            |
| Outro   | Conhecido       | Outro crime sexual:         |            |
| Qual:   | Parente         |                             |            |
| <b>GRAU DE PARENTESCO</b>                                       |                 | <b>Tipo de Intimidação:</b> |            |
|   |                 | Arma                        |            |
|   |                 | Força física                |            |
|   |                 | Ameaça                      |            |
| Raça:   |                 | Violência presumida         |            |
| Cor: *  |                 | Qual                        |            |
| Violência de Repetição:   | não             | sim                         | ignorado   |
| Se sim, início há   | anos            | Boletim de                  | não        |
| ocorrência:   |                 |                             | sim        |
| <b>Utilização de Alcool ou Drogas</b>                           |                 |                             |            |
| <b>Paciente</b>   |                 | <b>Agressor</b>             |            |
| Não   | Sim             | Não                         | Sim        |
| <b>Traumas Físicos</b>  |                 |                             |            |
| Não   |                 | Sim                         |            |
| Tipo:   |                 | Tipo:                       |            |
| <b>Breve História da Ocorrência:</b>                            |                 |                             |            |
| <b>Doenças preexistentes:</b>                                   |                 |                             |            |
| Alergia a medicamentos:   |                 | Medicamentos em uso:        |            |
| Uso de anticoncepção antes da ocorrência:                       | não             | sim                         | Tipo:      |
| Uso de medicação após a ocorrência:                             | não             | sim                         | Tipo:      |
| Atividade sexual:   |                 |                             |            |

Aprovação da diretoria Clínica: Dra. Marise Pereira Silva

Aprovação da médica do Serviço de Obstetria: Cláudia Garcia Magalhães



|   |   |                              |  |
|---|---|------------------------------|--|
|        | HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU<br>Av. Professor Mário Rubens Guimarães Montenegro, s/n<br>CEP 18618-687-Botucatu/SP – Telefone: +55(14) 3811-6000<br>E-mail: <a href="mailto:superintendencia.hcfmb@unesp.br">superintendencia.hcfmb@unesp.br</a> | <b>PRC SO 003 Pág: 11/17</b> |  |
|   |   | <b>Emissão: 17/10/2023</b>   |  |
|        | <b>PROTOCOLO CLÍNICO DO SERVIÇO DE OBSTETRÍCIA<br/>DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE<br/>MEDICINA DE BOTUCATU</b>  | <b>Revisão nº: 00</b>        |  |
|   |   |                              |  |
| <b>PRC SO 003 - PROTOCOLO DE INTERRUPTÃO DE GESTAÇÃO DECORRENTE DE VIOLÊNCIA SEXUAL</b> |   |                              |  |

### Anexo 8 - Ficha de Atendimento à Vítima de Violência Sexual

| EXAME FÍSICO GERAL                 |   |                                 |
|------------------------------------|---|---------------------------------|
| Altura ...:                        |   | Peso Atual...: kg               |
| Mamas...:                          | normal  | anormal...:                     |
| Coração...:                        | normal  | anormal...:                     |
| Pulmões...:                        | normal  | anormal...:                     |
| Abdome...:                         | normal  | anormal...:                     |
| Pele...:                           | normal  | anormal...: (descrever lesões): |
| PA ...:                            | x   | mmHG                            |
| Pulso...:                          | T   | bpm                             |
| Edema...:                          | ausente<br>presente<br>membros inferiores<br>membros superiores<br>face<br>abdome |                                 |
| Mucosas...:                        | coradas<br>descoradas :   |                                 |
| Giordano.                          | negativo<br>positivo  |                                 |
| EXAME FÍSICO ESPECIAL GINECOLÓGICO |   |                                 |
| Inspeção (Lesões Genitais)...:     | Desenho se necessário   |                                 |
|                                    |   |                                 |
| Exame Especular:                   |   |                                 |
| Conteúdo Vaginal:                  | normal  | alterado:                       |
| Exame a fresco:                    | normal  | alterado:                       |
| Cérvix                             | Ectopia:  | ausente      presente           |
|                                    | T.Schiller:   | negativo    positivo            |
| Toque:                             | normal  | alterado                        |
| Desenhar lesão no colo (se houver) |   |                                 |
|                                    |   |                                 |

Aprovação da diretoria Clínica: Dra. Marise Pereira Silva



Aprovação da médica do Serviço de Obstetria: Cláudia Garcia Magalhães

|  |   |  |                            |
|--|---|--|----------------------------|
|       | HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU<br>Av. Professor Mário Rubens Guimarães Montenegro, s/n<br>CEP 18618-687-Botucatu/SP – Telefone: +55(14) 3811-6000<br>E-mail: <a href="mailto:superintendencia.hcfmb@unesp.br">superintendencia.hcfmb@unesp.br</a> | <b>PRC SO 003 Pág: 12/17</b>   |                            |
|  |    | <b>PROTOCOLO CLÍNICO DO SERVIÇO DE OBSTETRÍCIA<br/>DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE<br/>MEDICINA DE BOTUCATU</b> | <b>Emissão: 17/10/2023</b> |
| <b>Revisão nº: 00</b>  |   |  |                            |
| <b>PRC SO 003 - PROTOCOLO DE INTERRUÇÃO DE GESTAÇÃO DECORRENTE DE VIOLÊNCIA SEXUAL</b> |   |  |                            |

| CONDUTAS   |  |    |                     |
|--|--|----|---------------------|
| Avaliação do conteúdo vaginal  |  |    |                     |
| Colhido sangue ou sêmen nas vestes   |  |    |                     |
| Orientada para direitos legais   |  |    |                     |
| Orientada para registro policial   |  |    |                     |
| BO já realizado  |  |    |                     |
| Profilaxia de DST (Mulheres adultas e adolescentes com mais de 45kg de peso)                   |  |    |                     |
| <b>Sífilis</b>   | Penicilina G Benzatina (Benzetacil) - 2.400.000 UI - IM profunda - Dose única                |    |                     |
| <b>Gonorréia</b>   | Ofloxacina 400 mg - VO - dose única / Ceftriaxona - 250 mg - IM - Dose única (se peso >45kg) |    |                     |
| <b>Infeção Cladimedlono e Cancro Mole</b>  | Azitromicina - 1g - VO - Dose única  |    |                     |
| <b>Tricomoníase</b>  | Metronidazol - 2g - VO - Dose única  |    |                     |
| <b>Hepatite B</b>  | Imunoglobulina Hepatite B - 0,06 ml/kg – dose máx 5 ml                                       |    |                     |
|  | Gamaglobulina Hiperimune – 0,06 mg / peso – IM – até 14 dia                                  |    |                     |
|  | Vacina Hepatite B  |    |                     |
| <b>AIDS</b>  | Profilaxia HIV (até 72 horas após a ocorrência)  |    | TDF + 3TC + HTV/RZV |
|  | (a critério do infectologista)   |    | AZT + 3TC + TDF     |
| <b>Anticoncepção de Emergência (Até 72 horas após a ocorrência)</b>                            |  |    |                     |
| Levonorgestrel - 750 ug - VO - 12 em 12 horas - 2 doses ( <i>Primeira Escalha</i> )            |  |    |                     |
| Método de Yuzpe (200 ug Etinilestradiol + 100 ug Levonorgestrel - VO - 12 em 12 horas – 2doses |  |    |                     |
| Evanor 2cps - VO - 12 em 12 horas - 2 doses  |  |    |                     |
| Microvlar 4cps - VO - 12 em 12 horas - 2 doses   |  |    |                     |
| <b>Solicitar Exames</b>  |  |    |                     |
| Teste de gravidez (no atendimento, se possível)  |  |    |                     |
| Hepatite B (AgHBS / Anti-HBS / Anti-HBc)   |  |    |                     |
| Hepatite C (Anti-VHC)  |  |    |                     |
| Sífilis  |  |    |                     |
| B-hCG  |  |    |                     |
| AST / ALT / Hemograma  |  |    |                     |
| Tipagem (ABO+Rh)   |  |    |                     |
| <b>Retorno</b>   | 15 dias - AMBULATORIO . PA DA MULHER   |    | outro:              |
| Nome / CRM-SP  | R1   | R2 | R3                  |
|  | Docente/ Médico  |    |                     |

Aprovação da diretoria Clínica: Dra. Marise Pereira Silva

Aprovação da médica do Serviço de Obstetria: Cláudia Garcia Magalhães

|  |   |  |                            |
|--|---|--|----------------------------|
|       | HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU<br>Av. Professor Mário Rubens Guimarães Montenegro, s/n<br>CEP 18618-687-Botucatu/SP – Telefone: +55(14) 3811-6000<br>E-mail: <a href="mailto:superintendencia.hcfmb@unesp.br">superintendencia.hcfmb@unesp.br</a> | <b>PRC SO 003 Pág: 13/17</b>   |                            |
|  |    | <b>PROTOCOLO CLÍNICO DO SERVIÇO DE OBSTETRÍCIA<br/>DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE<br/>MEDICINA DE BOTUCATU</b> | <b>Emissão: 17/10/2023</b> |
| <b>Revisão nº: 00</b>  |   |  |                            |
| <b>PRC SO 003 - PROTOCOLO DE INTERRUÇÃO DE GESTAÇÃO DECORRENTE DE VIOLÊNCIA SEXUAL</b> |   |  |                            |

**Violência Sexual - Serviço Social**  
Disponível no Sistema Soul MV-PEP



## SERVIÇO SOCIAL

|   |                   |              |                     |                 |              |
|---|-------------------|--------------|---------------------|-----------------|--------------|
| <b>1 - Identificação do Atendimento</b>                                       |                   |              |                     |                 |              |
| 1.1 - Data: ____/____/____  |                   |              |                     |                 |              |
| 1.2 - Setor: ( ) Pronto Socorro Referenciado ( ) Pronto Atendimento da Mulher |                   |              |                     |                 |              |
| 1.3 - Responsável em acionar o Serviço Social: _____                          |                   |              |                     |                 |              |
| <b>2 - Identificação do Paciente</b>  |                   |              |                     |                 |              |
| 2.1 Nome: _____ RG/HC _____   |                   |              |                     |                 |              |
| 2.2 - Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: ____anos Sexo: ( ) M ( ) F    |                   |              |                     |                 |              |
| 2.3 - Filiação:   |                   |              |                     |                 |              |
| Pai: _____  |                   |              |                     |                 |              |
| Mãe: _____  |                   |              |                     |                 |              |
| 2.4-Responsável Legal: _____  |                   |              |                     |                 |              |
| 2.5 - Acompanhante do Paciente: _____   |                   |              |                     |                 |              |
| 2.6-Endereço: _____   |                   |              |                     |                 |              |
| 2.7 -Telefone: _____  |                   |              |                     |                 |              |
| <b>3 - Composição Familiar</b>  |                   |              |                     |                 |              |
| <b>Nome</b>   | <b>Parentesco</b> | <b>Idade</b> | <b>Escolaridade</b> | <b>Ocupação</b> | <b>Renda</b> |
|   |                   |              |                     |                 |              |
|   |                   |              |                     |                 |              |
|   |                   |              |                     |                 |              |
|   |                   |              |                     |                 |              |
| <b>4 - Dados da Ocorrência</b>  |                   |              |                     |                 |              |
| 4.1 - Agressor:   |                   |              |                     |                 |              |
| ( ) Pai ( ) Mãe ( ) Desconhecidos ( ) Outros _____                            |                   |              |                     |                 |              |

Ativa

Aprovação da diretoria Clínica: Dra. Marise Pereira Silva

Aprovação da médica do Serviço de Obstetrícia: Cláudia Garcia Magalhães

|  |   |                              |  |
|--|---|------------------------------|--|
|       | HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU<br>Av. Professor Mário Rubens Guimarães Montenegro, s/n<br>CEP 18618-687-Botucatu/SP – Telefone: +55(14) 3811-6000<br>E-mail: <a href="mailto:superintendencia.hcfmb@unesp.br">superintendencia.hcfmb@unesp.br</a> | <b>PRC SO 003 Pág: 14/17</b> |  |
|  |   | <b>Emissão: 17/10/2023</b>   |  |
|       | <b>PROTOCOLO CLÍNICO DO SERVIÇO DE OBSTETRÍCIA<br/>DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE<br/>MEDICINA DE BOTUCATU</b>  | <b>Revisão nº: 00</b>        |  |
|  |   |                              |  |
| <b>PRC SO 003 - PROTOCOLO DE INTERRUÇÃO DE GESTAÇÃO DECORRENTE DE VIOLÊNCIA SEXUAL</b> |   |                              |  |

4.2--Dados o tendimento: \_\_\_\_\_

4.2.1--Comprometimento a família em relação ao caso: \_\_\_\_\_

4.2.2 – O Agressor permanece inserido no mesmo ambiente que a vítima?  
 Sim. Porque? \_\_\_\_\_  
 Não

**5 – Encaminhamento, Orientação e Intervenção**

5.1 – Encaminhado:

Conselho Tutelar  
 Unidade de Saúde  
 Delegacia de Polícia  
 Demanda Espontânea  
 Outros \_\_\_\_\_

5.2 – Boletim de Ocorrência  Sim – Nº \_\_\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_  
 Não – Motivo \_\_\_\_\_

Conselho Tutelar  Sim  Não – Motivo \_\_\_\_\_  
Guarda Municipal  Sim  Não – Motivo \_\_\_\_\_  
I.M.L  Sim  Não – Motivo \_\_\_\_\_  
Psicologia  Sim  - Motivo \_\_\_\_\_  
CREAS/CRAS  Sim  Não – Motivo \_\_\_\_\_  
Outros \_\_\_\_\_

**6 – Informações Complementares**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_

Assistente Social

CRESS: \_\_\_\_\_

Ativar c  
Acesso C

|   |
|---|
| Aprovação da diretoria Clínica: Dra. Marise Pereira Silva               |
| Aprovação da médica do Serviço de Obstetrícia: Cláudia Garcia Magalhães |

|  |   |  |
|--|---|--|
|       | HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU<br>Av. Professor Mário Rubens Guimarães Montenegro, s/n<br>CEP 18618-687-Botucatu/SP – Telefone: +55(14) 3811-6000<br>E-mail: <a href="mailto:superintendencia.hcfmb@unesp.br">superintendencia.hcfmb@unesp.br</a> | <b>PRC SO 003 Pág: 15/17</b><br><br><b>Emissão: 17/10/2023</b>   |
|  |    | <b>PROTOCOLO CLÍNICO DO SERVIÇO DE OBSTETRÍCIA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU</b> |
| <b>PRC SO 003 - PROTOCOLO DE INTERRUÇÃO DE GESTAÇÃO DECORRENTE DE VIOLÊNCIA SEXUAL</b> |   |  |

**Anexo 9 - Ficha de Notificação de Violência Interpessoal / Autoprovocada Disponível no Sistema Soul MV-PEP**

República Federativa do Brasil  
Ministério da Saúde

SINAN  
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO  
FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL



Nº

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   | 2 - Individual  |   |  |
|   | 2 Agravado/doença   | VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA  | Código (CID10)<br>Y09   |  |
|   | 3 Data da notificação   |   |   |  |
|   | 4 UF  | 5 Município de notificação  | Código (IBGE)   |  |
| Notificação Individual  | 6 Unidade Notificadora  | <input type="checkbox"/> 1- Unidade de Saúde <input type="checkbox"/> 2- Unidade de Assistência Social <input type="checkbox"/> 3- Estabelecimento de Ensino <input type="checkbox"/> 4- Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> 5- Unidade de Saúde Indígena <input type="checkbox"/> 6- Centro Especializado de Atendimento à Mulher <input type="checkbox"/> 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   |   |   | 11 Data de nascimento  |
| Dados de Residência   | 12 (ou) idade   | <input type="checkbox"/> 1 - Hora <input type="checkbox"/> 2 - Dia <input type="checkbox"/> 3 - Mês <input type="checkbox"/> 4 - Ano  | 13 Sexo   | <input type="checkbox"/> M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> I - Ignorado |
|   | 14 Gestante   | <input type="checkbox"/> 1-1º trimestre <input type="checkbox"/> 2-2º trimestre <input type="checkbox"/> 3-3º trimestre <input type="checkbox"/> 4- Não gestacional ignorada <input type="checkbox"/> 5- Não <input type="checkbox"/> 6- Não se aplica <input type="checkbox"/> 9- Ignorado   |   | 15 Raça/Cor  |
|   | 16 Escolaridade   | <input type="checkbox"/> 0- Analfabeto <input type="checkbox"/> 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) <input type="checkbox"/> 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) <input type="checkbox"/> 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) <input type="checkbox"/> 4- Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) <input type="checkbox"/> 5- Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) <input type="checkbox"/> 6- Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) <input type="checkbox"/> 7- Educação superior incompleta <input type="checkbox"/> 8- Educação superior completa <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/> 10- Não se aplica |   |  |
|   | 17 Número do Cartão SUS   | 18 Nome da mãe  |   |  |
| Dados Complementares  | 19 UF   | 20 Município de Residência  | Código (IBGE)   | 21 Distrito  |
|   | 22 Bairro   | 23 Logradouro (rua, avenida,...)  |   | Código   |
|   | 24 Número   | 25 Complemento (apto., casa, ...)   |   | 26 Geo campo 1   |
|   | 27 Geo campo 2  | 28 Ponto de Referência  |   | 29 CEP   |
| Dados da Pessoa Atendida  | 30 (DDD) Telefone   | 31 Zona   |   | 32 País (se residente fora do Brasil)  |
|   | 33 Nome Social  |   | 34 Ocupação   |  |
|   | 35 Situação conjugal / Estado civil   |   |   |  |
|   | <input type="checkbox"/> 1 - Solteiro <input type="checkbox"/> 2 - Casado/união consensual <input type="checkbox"/> 3 - Viúvo <input type="checkbox"/> 4 - Separado <input type="checkbox"/> 8 - Não se aplica <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado  |   |   |  |
| Dados da Ocorrência   | 36 Orientação Sexual  |   | 37 Identidade de gênero:  |  |
|   | <input type="checkbox"/> 1-Heterossexual <input type="checkbox"/> 3-Bissexual <input type="checkbox"/> 8-Não se aplica <input type="checkbox"/> 9-Ignorado  |   | <input type="checkbox"/> 1-Travesti <input type="checkbox"/> 2-Mulher Transsexual <input type="checkbox"/> 3-Homem Transsexual <input type="checkbox"/> 8-Não se aplica <input type="checkbox"/> 9-Ignorado   |  |
|   | 38 Possui algum tipo de deficiência/transorno?  |   |   |  |
|   | <input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado  |   |   |  |
| Dados da Ocorrência   | 39 Se sim, qual tipo de deficiência/transorno?  |   | 40 UF   |  |
|   | <input type="checkbox"/> Deficiência Física <input type="checkbox"/> Deficiência visual <input type="checkbox"/> Transtorno mental <input type="checkbox"/> Outras<br><input type="checkbox"/> Deficiência Intelectual <input type="checkbox"/> Deficiência auditiva <input type="checkbox"/> Transtorno de comportamento |   | <input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 8- Não se aplica <input type="checkbox"/> 9- Ignorado  |  |
|   | 41 Município de ocorrência  | Código (IBGE)   | 42 Distrito   |  |
|   | 43 Bairro   | 44 Logradouro (rua, avenida,...)  |   | Código   |
| Dados da Ocorrência   | 45 Número   | 46 Complemento (apto., casa, ...)   |   | 47 Geo campo 3   |
|   | 48 Geo campo 4  | 49 Ponto de Referência  |   | 50 Zona  |
|   | 51 Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)   |   | 52 Local de ocorrência  |  |
|   | <input type="checkbox"/> 1 - Urbana <input type="checkbox"/> 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado  |   | <input type="checkbox"/> 01 - Residência <input type="checkbox"/> 04 - Local de prática esportiva <input type="checkbox"/> 07 - Comércio/serviços<br><input type="checkbox"/> 02 - Habitação coletiva <input type="checkbox"/> 05 - Bar ou similar <input type="checkbox"/> 08 - Indústrias/construção<br><input type="checkbox"/> 03 - Escola <input type="checkbox"/> 06 - Via pública <input type="checkbox"/> 09 - Outro <input type="checkbox"/> 99 - Ignorado |  |
| 53 Ocorreu outras vezes?  |   | 54 A lesão foi autoprovocada?   |   |  |
| <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado |   | <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado   |   |  |

Aprovação da diretoria Clínica: Dra. Marise Pereira Silva

Aprovação da médica do Serviço de Obstetria: Cláudia Garcia Magalhães



|  |   |  |
|--|---|--|
|       | HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU<br>Av. Professor Mário Rubens Guimarães Montenegro, s/n<br>CEP 18618-687-Botucatu/SP – Telefone: +55(14) 3811-6000<br>E-mail: <a href="mailto:superintendencia.hcfmb@unesp.br">superintendencia.hcfmb@unesp.br</a> | <b>PRC SO 003 Pág: 16/17</b><br><br><b>Emissão: 17/10/2023</b>   |
|  |    | <b>PROTOCOLO CLÍNICO DO SERVIÇO DE OBSTETRÍCIA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU</b> |
| <b>PRC SO 003 - PROTOCOLO DE INTERRUÇÃO DE GESTAÇÃO DECORRENTE DE VIOLÊNCIA SEXUAL</b> |   |  |

|   |  |   |   |
|---|--|---|---|
| Violência                                       | 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-Dificuldade 09-Outros 88-Não se aplica 99-Ignorado  |   |   |
|   | 56 Tipo de violência: 1- Sim 2- Não 9- Ignorado<br><input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos<br><input type="checkbox"/> Psicológica/Moral <input type="checkbox"/> Financeira/Econômica <input type="checkbox"/> Intervenção legal<br><input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Negligência/Abandono <input type="checkbox"/> Outros<br><input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Trabalho infantil  | 57 Meio de agressão: 1- Sim 2- Não 9- Ignorado<br><input type="checkbox"/> Força corporal/ espancamento <input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante <input type="checkbox"/> Arma de fogo<br><input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Substância/ Obj. quente <input type="checkbox"/> Ameaça<br><input type="checkbox"/> Obj. contundente <input type="checkbox"/> Envenenamento, Intoxicação <input type="checkbox"/> Outro  |   |
| Violência Sexual                                | 58 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado<br><input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Pornografia infantil <input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> Outros   |   |   |
|   | 59 Procedimento realizado: 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado<br><input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B <input type="checkbox"/> Coleta de sêmen <input type="checkbox"/> Contracepção de emergência<br><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  |   |   |
| Dados do provável autor da violência            | 60 Número de envolvidos: 1- Um <input type="checkbox"/> 2- Dois ou mais <input type="checkbox"/> 9- Ignorado   | 61 Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado<br><input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Policial/agente da lei<br><input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Desconhecido(a) <input type="checkbox"/> Própria pessoa<br><input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Cuidador(a) <input type="checkbox"/> Outros<br><input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional<br><input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Irmão(ã) | 62 Sexo do provável autor da violência: 1- Masculino <input type="checkbox"/> 2- Feminino <input type="checkbox"/> 3- Ambos os sexos <input type="checkbox"/> 9- Ignorado |
|   | 63 Suspeita de uso de álcool: 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/>   |   |   |
| Encaminhamento                                  | 64 Ciclo de vida do provável autor da violência: <input type="checkbox"/><br>1-Criança (0 a 9 anos) 3-Jovem (20 a 24 anos) 5-Pessoa idosa (60 anos ou mais)<br>2-Adolescente (10 a 19 anos) 4-Pessoa adulta (25 a 59 anos) 9-Ignorado  |   |   |
|   | 65 Encaminhamento: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado<br><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<br><input type="checkbox"/> Rede da Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento ao Idoso <input type="checkbox"/> Outras delegacias<br><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<br><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<br><input type="checkbox"/> Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente |   |   |
| Dados finais                                    | 66 Violência Relacionada ao Trabalho: <input type="checkbox"/><br>1- Sim 2- Não 9- Ignorado  | 67 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT): <input type="checkbox"/><br>1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado  | 68 Circunstância da lesão: CID 10 - Cap XX  |
|   | 69 Data de encerramento:   |   |   |
| <b>Informações complementares e observações</b> |  |   |   |
| Nome do acompanhante                            |  | Vínculo/grau de parentesco  | (DDD) Telefone  |
| Observações Adicionais:                         |  |   |   |
|   |  |   |   |
|   |  |   |   |
| <b>Disque Saúde - Ouvidoria Geral do SUS</b>    |  | <b>TELEFONES ÚTEIS</b>  | <b>Disque Direitos Humanos</b>  |
| 136   |  | Central de Atendimento à Mulher   | 100   |
| 180   |  |   |   |
| Notificador                                     | Município/Unidade de Saúde   | Cód. da Unid. de Saúde/CNES   |   |
|   | Nome   | Função  | Assinatura  |
| Violência interpessoal/autoprovoçada            |  | Sinan   | SVS 15.06.2015  |

Aprovação da diretoria Clínica: Dra. Marise Pereira Silva

Aprovação da médica do Serviço de Obstetria: Cláudia Garcia Magalhães



|   |   |  |                            |
|---|---|--|----------------------------|
|        | HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU<br>Av. Professor Mário Rubens Guimarães Montenegro, s/n<br>CEP 18618-687-Botucatu/SP – Telefone: +55(14) 3811-6000<br>E-mail: <a href="mailto:superintendencia.hcfmb@unesp.br">superintendencia.hcfmb@unesp.br</a> | <b>PRC SO 003 Pág: 17/17</b>   |                            |
|   |    | <b>PROTOCOLO CLÍNICO DO SERVIÇO DE OBSTETRÍCIA<br/>DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE<br/>MEDICINA DE BOTUCATU</b> | <b>Emissão: 17/10/2023</b> |
| <b>Revisão nº: 00</b>   |   |  |                            |
| <b>PRC SO 003 - PROTOCOLO DE INTERRUPTÃO DE GESTAÇÃO DECORRENTE DE VIOLÊNCIA SEXUAL</b> |   |  |                            |

**Anexo 10 - Check List da Finalização de Atendimento à Vítima de Violência Sexual  
Disponível no sistema Soul MV-PEP**

**DISPONÍVEL NO SISTEMA SOUL MV - PEP**

|   |                              |                              |                            |     |     |
|---|------------------------------|------------------------------|----------------------------|-----|-----|
| Paciente .....  |                              |                              | Data Nascimento :          |     |     |
| Registro .....  |                              |                              | Sexo .....                 |     |     |
| Idade .....   |                              |                              | Nº Atendimento .:          |     |     |
| Data Atendimento :  |                              |                              |                            |     |     |
| <b>Preenchimento:</b>   |                              |                              |                            |     |     |
| Notificação compulsória de violência contra a mulher                              |                              |                              |                            |     |     |
| Investigação de violência sexual e Doméstica - CVE                                |                              |                              |                            |     |     |
| Avaliação do Médico Legista   | sim                          | não                          | Se "não", foi encaminhada: | sim | não |
| Avaliação do Infectologista   | sim                          | não                          | Se "não", foi encaminhada: | sim | não |
| Avaliação do Serviço Social   | sim                          | não                          | Se "não", foi encaminhada: | sim | não |
| <b>Colhido Exames:</b>  |                              |                              |                            |     |     |
| Teste de Gravidez (no atendimento, se possível)                                   |                              |                              |                            |     |     |
| Anti-HIV  |                              |                              |                            |     |     |
| Hepatite B (AgHBs / Anti-Hbs /Anti – Hbc )  |                              |                              |                            |     |     |
| Hepatite C (Anti-VHC)   |                              |                              |                            |     |     |
| VDRL  |                              |                              |                            |     |     |
| β-hCG   |                              |                              |                            |     |     |
| AST / ALT / Hemograma   |                              |                              |                            |     |     |
| Tipagem (ABO + Rh)  |                              |                              |                            |     |     |
| <b>Administrado medicações:</b>   |                              |                              |                            |     |     |
| <input type="checkbox"/> Penicilina G Benzatina (Benzetacil®)                     |                              |                              |                            |     |     |
| <input type="checkbox"/> Ofloxacina ou Ceftriaxona                                |                              |                              |                            |     |     |
| <input type="checkbox"/> Azitromicina   |                              |                              |                            |     |     |
| <input type="checkbox"/> Metronidazol   |                              |                              |                            |     |     |
| <input type="checkbox"/> Gamaglobulina Hipermune / Imunoglobulina para Hepatite B |                              |                              |                            |     |     |
| <input type="checkbox"/> Vacina Hepatite B  |                              |                              |                            |     |     |
| <input type="checkbox"/> Profilaxia HIV   |                              |                              |                            |     |     |
| Agendado retorno Ginecologia  | <input type="checkbox"/> sim | <input type="checkbox"/> não |                            |     |     |
| Agendado retorno Infectologia   | <input type="checkbox"/> sim | <input type="checkbox"/> não |                            |     |     |
| Agendado consulta com Psicóloga   | <input type="checkbox"/> sim | <input type="checkbox"/> não |                            |     |     |
| Agendado retorno com Imunopediatria   | <input type="checkbox"/> sim | <input type="checkbox"/> não |                            |     |     |
| Agendado retorno no PA da mulher  | <input type="checkbox"/> sim | <input type="checkbox"/> não |                            |     |     |
| <b>Enfermeira:</b>  |                              |                              | <b>Data:</b>               |     |     |

Ativar  
Acesse C

Aprovação da diretoria Clínica: Dra. Marise Pereira Silva

Aprovação da médica do Serviço de Obstetria: Cláudia Garcia Magalhães