



|  |   |                             |  |
|--|---|-----------------------------|--|
|       | 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: 1/32</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>  | Revisão nº:                 |  |
|  |   |                             |  |
| <b>PRC SO 003 - PROTOCOLO DE INTERRUÇÃO DE GESTAÇÃO DECORRENTE DE VIOLÊNCIA SEXUAL</b> |   |                             |  |

## 1. INTRODUÇÃO

A Violência Sexual é um fenômeno universal que atinge indistintamente homens e mulheres em qualquer etapa da vida, independentemente de religião e classe social. Constitui-se em uma das mais amargas expressões de violência de gênero e uma brutal violação dos direitos humanos, sexuais e reprodutivos. A violência sexual, entendida como qualquer conduta que constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sexualidade, que impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de direitos sexuais e reprodutivos.

As formas de violência sexual são abrangentes, sendo considerada qualquer conduta que, praticada mediante: (a) **intimidação**; (b) **ameaça**; (c) **coação** ou (d) **uso da força**, constranja o indivíduo a:

- Participar de relação sexual não desejada;
- Manter relação não desejada;
- Presenciar relação sexual não desejada.

De acordo com o Art. 128 do decreto/lei nº 2.848/1940 está previsto por lei a legalidade da prática de aborto em caso de gestação decorrente de estupro.



Ainda, são consideradas violência sexual qualquer conduta quando praticada, mediante:

**coação, chantagem, suborno ou manipulação**, que a:

- Induza a comercializar de qualquer modo, a sua sexualidade;
- Induza a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade;

Aprovação da diretoria Clínica: Dra. Marise Pereira Silva  
Aprovação da Diretoria do Departamento de Assistência à Saúde: Silke Anna Theresa Weber  
Aprovação da médica do Serviço de Obstetria: Cláudia Garcia Magalhães

Assessoria do Núcleo de Gestão da Qualidade

|   |   |                             |  |
|---|---|-----------------------------|--|
|        | 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: 2/32</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>  | Revisão nº:                 |  |
|   |   |                             |  |
| <b>PRC SO 003 - PROTOCOLO DE INTERRUPTÃO DE GESTAÇÃO DECORRENTE DE VIOLÊNCIA SEXUAL</b> |   |                             |  |

- Impeça de usar qualquer método contraceptivo;
- Force ao matrimônio;
- Force a gravidez;
- Force ao aborto;
- Force à prostituição.

Por fim, também constitui violência sexual toda conduta que limite ou anule o exercício, pela vítima, de Direitos Sexuais ou Reprodutivos. Os Direitos Sexuais pressupõem a livre exploração da orientação sexual, podendo a pessoa promover a escolha do parceiro (s) e exercitar a prática sexual de forma dissociada do objetivo reprodutivo. Deve ser assegurado o direito à prática sexual protegida de doenças sexualmente transmissíveis, além do necessário respeito à integridade física e moral.

## **2. OBJETIVO:**

Definir, referenciar e padronizar a assistência multiprofissional no manejo de interrupção de gestação de mulheres vítimas de Violência Sexual atendidas no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu (HCFMB).

## **3. PÚBLICO ALVO**



O Serviço de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual e de Abortamento Legal atende pacientes procedentes de trinta municípios do Polo Cuesta e Vale do Jurumirim e os casos encaminhados via Departamentos Regional de Saúde VI (DRS-VI).

## **4. CONDUTA**

O serviço de atendimento às vítimas de violência sexual do HC/FMB obedece à lei brasileira, que não exige alvará nem autorização judicial, tampouco boletim de ocorrência ou laudo pericial do Instituto Médico Legal para a interrupção da gestação. A palavra da mulher e da criança vítima de violência sexual tem credibilidade legal e ética e é recebida como presunção de veracidade no serviço.

Aprovação da diretoria Clínica: Dra. Marise Pereira Silva  
 Aprovação da Diretoria do Departamento de Assistência à Saúde: Silke Anna Theresa Weber  
 Aprovação da médica do Serviço de Obstetrícia: Cláudia Garcia Magalhães

Assessoria do Núcleo de Gestão da Qualidade

|   |   |                             |  |
|---|---|-----------------------------|--|
|        | 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: 3/32</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>  | Revisão nº:                 |  |
|   |   |                             |  |
| <b>PRC SO 003 - PROTOCOLO DE INTERRUPTÃO DE GESTAÇÃO DECORRENTE DE VIOLÊNCIA SEXUAL</b> |   |                             |  |

Para a realização do procedimento no serviço, consideramos como única obrigatoriedade, o consentimento da mulher ou da criança, representada pelo seu tutor legal.

#### 4.1. Documentos Necessários para Preenchimento e Assinatura

Os documentos relacionados abaixo são preenchidos conforme orientação das portarias vigentes do Ministério da Saúde e após assinatura da paciente (e/ou seu tutor legal, em casos de vítima menor de idade) e das assinaturas dos profissionais de saúde, são escaneados e anexados ao prontuário eletrônico:

- Termo de Responsabilidade (**Anexo 1A e 1B**)
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (único obrigatório) (**Anexo 2**)
- Termo de Relato Circunstanciado (**Anexo 3**)
- Parecer técnico do médico responsável (**Anexo 4**)
- Termo de Aprovação de Procedimento de Interrupção da Gravidez (**Anexo 5**)
- Termo de consentimento para coleta de material para análise de DNA (**Anexos 6A e 6B**).



#### 4.2. Responsabilidades:

##### 4.2.1 Responsabilidades do Serviço de Obstetrícia:

- Acolhimento empático e detalhado de história clínica da vítima, anotando em formulário específico, disponível no sistema informatizado do HC (Vítimas de Violência sexual) (**Anexo 7**). Se a paciente já passou em consulta com outro profissional (enfermagem ou serviço social, por exemplo), o médico deverá comunicar-se previamente com essa equipe, solicitando as informações já coletadas, a fim de evitar que a paciente precise repetir a história diversas vezes.
- Avaliação precisa da data de ocorrência, sempre que possível, para posterior comparação com a idade gestacional.

Aprovação da diretoria Clínica: Dra. Marise Pereira Silva  
Aprovação da Diretoria do Departamento de Assistência à Saúde: Silke Anna Theresa Weber  
Aprovação da médica do Serviço de Obstetrícia: Cláudia Garcia Magalhães



Assessoria do Núcleo de Gestão da Qualidade

|   |   |                             |  |
|---|---|-----------------------------|--|
|        | 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: 4/32</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>  | Revisão nº:                 |  |
|   |   |                             |  |
| <b>PRC SO 003 - PROTOCOLO DE INTERRUPTÃO DE GESTAÇÃO DECORRENTE DE VIOLÊNCIA SEXUAL</b> |   |                             |  |

- Anamnese específica para antecedentes pessoais de doenças prévias, assim como de possíveis alergias aos medicamentos que poderão ser prescritos durante o atendimento.
- Exame físico geral (completo) e específico, anotando detalhadamente seus achados no prontuário. Havendo lesões físicas, cada uma delas deverá ser anotada rigorosamente em relação à sua localização, extensão e aspecto visual.
- Solicitação de exames para diagnóstico de infecções sexualmente transmissíveis, conforme protocolo de atendimento às Vítimas de Violência Sexual, após orientações, pré-testes e consentimento, pela paciente.
- Solicitação de ultrassonografia obstétrica (caso a paciente não tenha realizado exame em outro serviço, apresentando o laudo original do exame), **tendo o cuidado de avisar o ultrassonografista sobre a indicação, para que a mulher não seja submetida a situações constrangedoras durante a realização do exame, como visualização do feto ou ausculta dos batimentos cardíacos fetais.**
- Após a realização da ultrassonografia, conversar com a paciente sobre a idade gestacional, sobre a concordância ou não com a data da violência e sobre a chance de a gestação ser do parceiro, caso essa seja uma possibilidade.
- Orientar a mulher que este serviço de saúde responde nos termos da Norma técnica do Ministério da Saúde, sendo o aborto realizado até a 20ª (vigésima) semana de gestação, podendo ser estendido até 22ª (vigésima segunda) semana, desde que o feto tenha menos de 500 (quinhentos) gramas.

Aprovação da diretoria Clínica: Dra. Marise Pereira Silva  
 Aprovação da Diretoria do Departamento de Assistência à Saúde: Silke Anna Theresa Weber  
 Aprovação da médica do Serviço de Obstetrícia: Cláudia Garcia Magalhães



Assessoria do Núcleo de Gestão da Qualidade

|  |   |                             |  |
|--|---|-----------------------------|--|
|       | 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: 5/32</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>  | Revisão nº:                 |  |
|  |   |                             |  |
| <b>PRC SO 003 - PROTOCOLO DE INTERRUÇÃO DE GESTAÇÃO DECORRENTE DE VIOLÊNCIA SEXUAL</b> |   |                             |  |

- Oferecer a possibilidade de assistência pré-natal e seguimento conjunto com a equipe de psicologia, se a manutenção da gestação for a decisão, orientando sobre a possibilidade de adoção legal.
- Entregar os formulários de solicitação para o procedimento: Termo de Responsabilidade e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a realização do procedimento, Termo de Relato circunstanciado e Termo para coleta de material para análise de DNA.
- Anexar ao prontuário eletrônico da paciente todos os formulários que compõem o rol de documentos necessários e previstos para a realização do procedimento.
- Acionar equipe da psicologia e serviço social para avaliação e orientações.
- Realizar a internação, tomando o cuidado de solicitar leito de isolamento da maternidade ou na enfermaria de ginecologia, evitando que a paciente fique em leito de alojamento conjunto na maternidade.
- Dar todas as informações para a paciente sobre os exames que serão solicitados, as medicações que serão prescritas e a programação de acompanhamento. Caso a paciente solicite, a não ser em situações de gravidade em que a mulher não possa responder, cabe ao médico oferecer as informações aos familiares sobre o ocorrido, exames realizados e a programação terapêutica.
- Iniciar o procedimento com as medicações indicadas, a depender da idade gestacional. Para gestação acima de 12 semanas, discutir com a mulher e com a equipe da medicina fetal a possibilidade de indução da assistolia fetal antes da administração das medicações.

Aprovação da diretoria Clínica: Dra. Marise Pereira Silva  
Aprovação da Diretoria do Departamento de Assistência à Saúde: Silke Anna Theresa Weber  
Aprovação da médica do Serviço de Obstetrícia: Cláudia Garcia Magalhães



Assessoria do Núcleo de Gestão da Qualidade

|   |   |                             |  |
|---|---|-----------------------------|--|
|        | 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: 6/32</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>  | Revisão nº:                 |  |
|   |   |                             |  |
| <b>PRC SO 003 - PROTOCOLO DE INTERRUPTÃO DE GESTAÇÃO DECORRENTE DE VIOLÊNCIA SEXUAL</b> |   |                             |  |

- Após preparo de colo uterino ou eliminação do conceito, proceder com a AMIU ou curetagem uterina, quando indicado.
- Oferecer métodos contraceptivos, inclusive os de longa duração, que podem ser inseridos já no momento da internação, a todas as mulheres atendidas. O dispositivo intrauterino deve ser inserido, preferencialmente, no mesmo tempo de realização da AMIU/curetagem, aproveitando a anestesia. Uma vez inserido, no momento da alta, agendar ultrassonografia para avaliação em 40 dias. O implante deve ser inserido durante a internação.
- Prescrever o misoprostol para preparo do colo anteriormente à realização de AMIU ou para expulsão fetal em gestações acima de 12 semanas.
- Para a escolha do método de interrupção da gestação, seguimos as recomendações do Protocolo da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) número 69 de 2021. Vale ressaltar que o serviço não tem profissionais devidamente treinados para realização de dilatação do colo e esvaziamento uterino, assim como não tem acesso ao mifepristone, portanto em gestações acima de 12 semanas, administramos misoprostol (seguindo as orientações do mesmo manual) com posterior curetagem, após a expulsão fetal.
- Coletar e armazenar de maneira adequada (Frasco estéril sem formol ou soro), com a identificação da paciente que realizou o Boletim de Ocorrência, material para exame de DNA, quando houver o consentimento da paciente. O material deve ser entregue à enfermeira chefe do centro obstétrico para armazenamento adequado até que seja recolhido por representante do Instituto Médico Legal (IML).

Aprovação da diretoria Clínica: Dra. Marise Pereira Silva  
Aprovação da Diretoria do Departamento de Assistência à Saúde: Silke Anna Theresa Weber  
Aprovação da médica do Serviço de Obstetrícia: Cláudia Garcia Magalhães



Assessoria do Núcleo de Gestão da Qualidade

|   |   |                             |  |
|---|---|-----------------------------|--|
|        | 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: 7/32</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>  | Revisão nº:                 |  |
|   |   |                             |  |
| <b>PRC SO 003 - PROTOCOLO DE INTERRUPTÃO DE GESTAÇÃO DECORRENTE DE VIOLÊNCIA SEXUAL</b> |   |                             |  |

- Prescrever profilaxia para isoimunização Rh (Imunoglobulina anti-D), se a mulher for Rh negativo.
- Prescrever antibioticoterapia profilática, em caso de procedimento cirúrgico (Doxiciclina 200 mg ou Azitromicina 500 mg VO, em dose única).
- Preencher a declaração de óbito, se idade gestacional for igual ou maior a 20 (vinte) semanas.
- Caso o feto tenha mais do que 20 (vinte) semanas, encaminhar a mulher para a equipe do serviço Social para que, havendo necessidade, ela seja orientada e auxiliada quanto à parte burocrática do sepultamento. Lembrar que a mulher, ou algum familiar, precisa assinar os papéis na funerária, mas que não há obrigatoriedade de comparecimento no momento do enterro.
- Orientar alta precocemente, sempre que possível, observando se o retorno para checagem de resultados de exames está agendado (quando não houverem resultado das sorologias disponíveis, ainda durante a internação).
- Em qualquer uma das situações possíveis, o serviço de obstetrícia deverá assegurar, no momento da alta, que a paciente esteja com todas as datas de retorno em mãos: Serviço de Psicologia, Serviço de Obstetrícia e Serviço de Infectologia ou Imunopediatria.
- Garantir o sigilo das informações colhidas, até mesmo em relação dos demais membros da equipe de saúde não envolvidos diretamente com o atendimento.

Aprovação da diretoria Clínica: Dra. Marise Pereira Silva  
Aprovação da Diretoria do Departamento de Assistência à Saúde: Silke Anna Theresa Weber  
Aprovação da médica do Serviço de Obstetrícia: Cláudia Garcia Magalhães

Assessoria do Núcleo de Gestão da Qualidade

|   |   |                             |  |
|---|---|-----------------------------|--|
|        | 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: 8/32</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>  | Revisão nº:                 |  |
|   |   |                             |  |
| <b>PRC SO 003 - PROTOCOLO DE INTERRUPTÃO DE GESTAÇÃO DECORRENTE DE VIOLÊNCIA SEXUAL</b> |   |                             |  |

#### 4.2.2. Responsabilidades do Serviço Social



Em caso de suspeita de gestação decorrente de violência sexual, o Serviço Social será acionado pela equipe de enfermagem e/ou médica, através de contato telefônico e interconsulta no prontuário eletrônico, cabendo à equipe:

- Realizar acolhimento e avaliação social no instrumental próprio de Vítimas de Violência Sexual, no prontuário eletrônico (**Anexo 8**).
- Orientar a vítima sobre seus direitos legais quanto à interrupção da gestação, assim como a possibilidade da manutenção da gestação e posterior entrega da criança para adoção legal.
- Orientar a vítima quanto à importância da realização do boletim de ocorrência.
- Caso já tenha o Boletim de Ocorrência e opte pela coleta de material para investigação de DNA, verificar se há expedição da requisição solicitando a coleta, caso a requisição para coleta de material não tenha sido expedida, realizaremos contato com a delegacia do município onde ocorreu o fato para as devidas providências.
- Realizar contato com o IML de Botucatu para retirada de material no PA da Mulher, após procedimento médico.
- No caso de interrupção da gestação com mais de 20 semanas (com, no máximo, 22 semanas), realizar orientações quanto às providências relacionadas ao óbito e funeral, ressaltando que a paciente ou acompanhante deverá comparecer na funerária para resolver questões burocráticas, lembrando que não há obrigatoriedade em acompanhar o sepultamento.

Aprovação da diretoria Clínica: Dra. Marise Pereira Silva  
 Aprovação da Diretoria do Departamento de Assistência à Saúde: Silke Anna Theresa Weber  
 Aprovação da médica do Serviço de Obstetrícia: Cláudia Garcia Magalhães

Assessoria do Núcleo de Gestão da Qualidade



|   |   |                             |  |
|---|---|-----------------------------|--|
|        | 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: 9/32</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>  | Revisão nº:                 |  |
|   |   |                             |  |
| <b>PRC SO 003 - PROTOCOLO DE INTERRUPTÃO DE GESTAÇÃO DECORRENTE DE VIOLÊNCIA SEXUAL</b> |   |                             |  |

- Encaminhar a paciente para atendimento na rede socioassistencial do município de origem para acompanhamento, após alta hospitalar (caso seja seu desejo).



#### 4.2.3. Responsabilidades do Serviço de Psicologia

Em caso de suspeita de gestação decorrente de violência sexual:

- Serviço de Obstetrícia deve entrar em contato com psicóloga responsável pelo atendimento, através de ligação telefônica ou mensagem.
- A psicóloga vai até o Pronto Atendimento da Mulher, onde será feito acolhimento e avaliação psicológica, concomitantemente à avaliação das outras especialidades, anotando informações em prontuário eletrônico, levando em conta as orientações do Conselho Regional de Psicologia de São Paulo sobre preenchimento de prontuários multiprofissionais.
- Após a avaliação, o caso será discutido com a equipe.
- No caso de a paciente optar pela interrupção da gestação, no momento da alta médica, será agendado retorno coma psicologia, utilizando-se a agenda da Psicologia - Protocolo Especial, ou se for o desejo da paciente, ela será encaminhada para o serviço de psicologia da sua cidade.
- Caso a paciente opte por manter a gestação, será garantido neste serviço ou no município de referência da paciente o acompanhamento psicológico conjunto com o acompanhamento do pré-natal.

Aprovação da diretoria Clínica: Dra. Marise Pereira Silva  
Aprovação da Diretoria do Departamento de Assistência à Saúde: Silke Anna Theresa Weber  
Aprovação da médica do Serviço de Obstetrícia: Cláudia Garcia Magalhães

Assessoria do Núcleo de Gestão da Qualidade

|   |   |                              |  |
|---|---|------------------------------|--|
|        | 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: 10/32</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>  | Revisão nº:                  |  |
|   |   |                              |  |
| <b>PRC SO 003 - PROTOCOLO DE INTERRUPTÃO DE GESTAÇÃO DECORRENTE DE VIOLÊNCIA SEXUAL</b> |   |                              |  |

#### 4.2.4. Responsabilidades do Enfermeiro:



- Acolher a paciente.
- Discutir com a equipe multiprofissional.
- Preencher a Ficha de Notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocada **(Anexo 9)**.
- Armazenar Ficha de Notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocada na pasta, localizada na sala da Enfermeira do PA da Mulher, até a retirada desta pelo Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (NHE).
- Preencher o *Checklist* da Finalização do Atendimento às Vítimas de Violência Sexual **(Anexo 10)**.

#### 4.2.5. Responsabilidades do Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (NHE)

- Realizar busca ativa da Ficha de Notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocada com o Enfermeiro do PA da Mulher. Após o preenchimento da ficha pelo Enfermeiro(a) assistente, esta deverá ser armazenada em poder do Enfermeiro(a) Supervisor da Enfermaria de Obstetrícia, até o recolhimento pelo profissional do NHE.
- Verificação das informações descritas na Ficha de Notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocada.

Aprovação da diretoria Clínica: Dra. Marise Pereira Silva  
Aprovação da Diretoria do Departamento de Assistência à Saúde: Silke Anna Theresa Weber  
Aprovação da médica do Serviço de Obstetrícia: Cláudia Garcia Magalhães



Assessoria do Núcleo de Gestão da Qualidade

|   |   |                              |  |
|---|---|------------------------------|--|
|        | 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: 11/32</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>  | Revisão nº:                  |  |
|   |   |                              |  |
| <b>PRC SO 003 - PROTOCOLO DE INTERRUPTÃO DE GESTAÇÃO DECORRENTE DE VIOLÊNCIA SEXUAL</b> |   |                              |  |

- Inserção da Ficha de Notificação no Sistema Nacional de Agravos de Notificação SINAN.

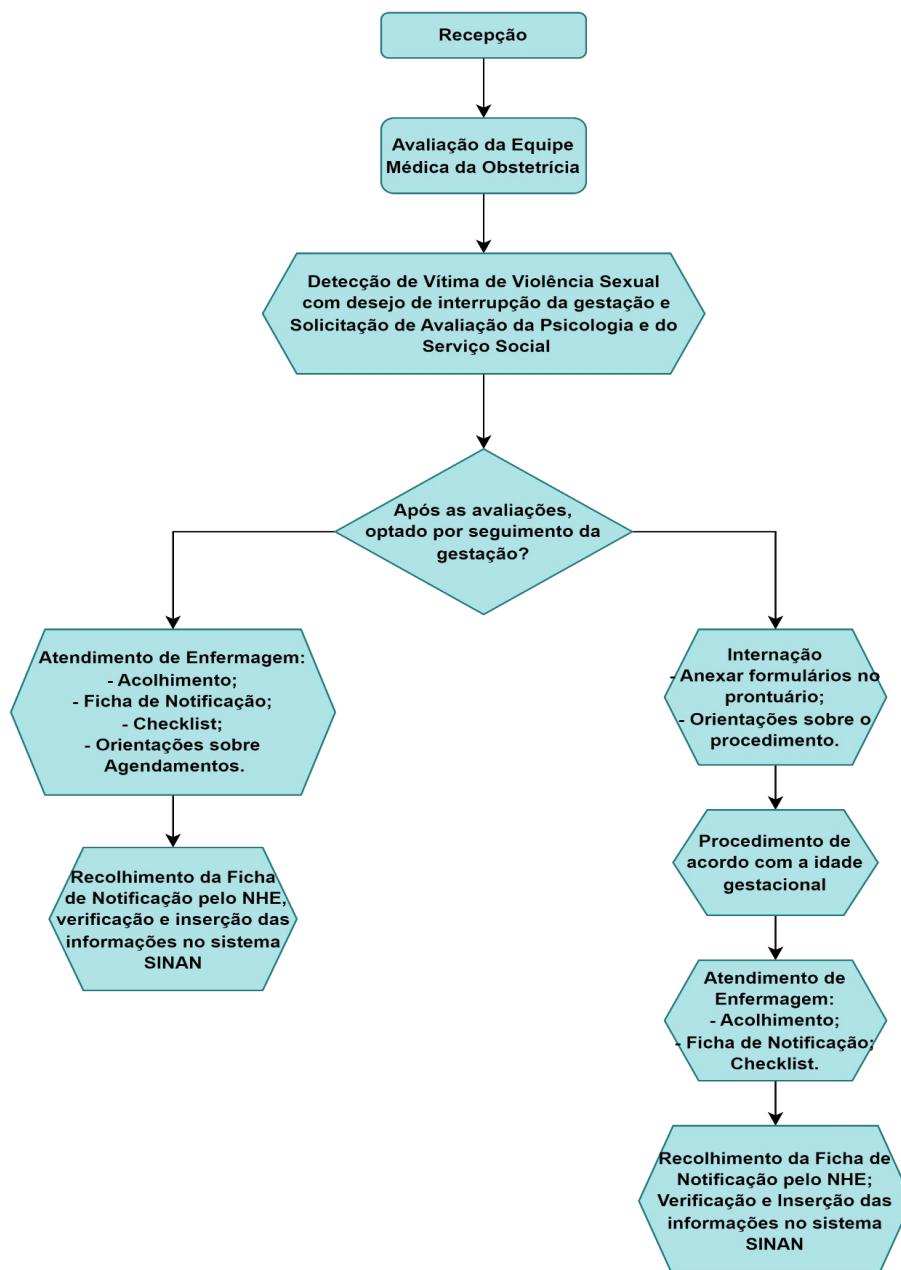
Aprovação da diretoria Clínica: Dra. Marise Pereira Silva  
Aprovação da Diretoria do Departamento de Assistência à Saúde: Silke Anna Theresa Weber  
Aprovação da médica do Serviço de Obstetrícia: Cláudia Garcia Magalhães

Assessoria do Núcleo de Gestão da Qualidade

|   |   |  |                            |
|---|---|--|----------------------------|
|        | 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: 12/32</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> |
| Revisão nº:   |   |  |                            |
| <b>PRC SO 003 - PROTOCOLO DE INTERRUPTÃO DE GESTAÇÃO DECORRENTE DE VIOLÊNCIA SEXUAL</b> |   |  |                            |

## 5. FLUXOGRAMA



Figura 1. Fluxograma do atendimento às Vítimas de Violência Sexual



## 6. PLANO DE CONTINGÊNCIA

Aprovação da diretoria Clínica: Dra. Marise Pereira Silva  
 Aprovação da Diretoria do Departamento de Assistência à Saúde: Silke Anna Theresa Weber  
 Aprovação da médica do Serviço de Obstetria: Cláudia Garcia Magalhães

Assessoria do Núcleo de Gestão da Qualidade

|  |   |                              |  |
|--|---|------------------------------|--|
|       | 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: 13/32</b> |  |
|  |   | <b>Emissão: 17/10/2023</b>   |  |
|       | <b>PROTOCOLO CLÍNICO DO SERVIÇO DE OBSTETRÍCIA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU</b>  | Revisão nº:                  |  |
|  |   |                              |  |
| <b>PRC SO 003 - PROTOCOLO DE INTERRUÇÃO DE GESTAÇÃO DECORRENTE DE VIOLÊNCIA SEXUAL</b> |   |                              |  |

Caso o Sistema Informatizado Hospitalar não esteja em funcionamento por problemas técnicos, todas as ações deverão ser registradas manualmente e, posteriormente, transcritas ou escaneadas para o prontuário eletrônico. Em hipótese alguma a assistência deverá ser postergada pela falta de prontuário eletrônico.



Os formulários deverão estar disponíveis em impressos para uso em situações de exceção e ficarão sob gerência do enfermeiro do Pronto Atendimento da Maternidade.

## 7. REFERÊNCIAS

1. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei n. 11.340, de 7 de agosto de 2006 [Internet]. Brasília; 2006 [citado 20 nov. 2019]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm)
2. Brasil. Presidência da República. Decreto-Lei n. 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. Diário Oficial da União [Internet]. 31 Dez 1940 [citado 20 nov. 2019]. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-2848-7-dezembro-1940412868-publicacaooriginal-1-pe.html>
3. Brasil. Ministério da Saúde. Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
4. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei n. 2.845, de 1 de agosto de 2013. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual [Internet]. Brasília; 2013 [citado 20 nov. 2019]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2013/lei/112845.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/112845.htm)
5. Patriota T. Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento: Plataforma de Cairo, 1994 [Internet]. Brasília: UNFPA; 1994 [citado 20 nov. 2019]. Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/relatorio-cairo.pdf>
6. PORTARIA Nº 2.561, DE 23 DE SETEMBRO DE 2020  
<file:///C:/Users/cgarc/OneDrive/%C3%81rea%20de%20Trabalho/Violencia%20sexual/portaria2561%20de%202020.pdf>

Aprovação da diretoria Clínica: Dra. Marise Pereira Silva  
Aprovação da Diretoria do Departamento de Assistência à Saúde: Silke Anna Theresa Weber  
Aprovação da médica do Serviço de Obstetrícia: Cláudia Garcia Magalhães



Assessoria do Núcleo de Gestão da Qualidade

|   |   |                              |  |
|---|---|------------------------------|--|
|        | 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: 14/32</b> |  |
|   |   | <b>Emissão: 17/10/2023</b>   |  |
|        | <b>PROTOCOLO CLÍNICO DO SERVIÇO DE OBSTETRÍCIA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU</b>  | Revisão nº:                  |  |
|   |   |                              |  |
| <b>PRC SO 003 - PROTOCOLO DE INTERRUPTÃO DE GESTAÇÃO DECORRENTE DE VIOLÊNCIA SEXUAL</b> |   |                              |  |

7. PORTARIA GM/MS Nº 78, DE 18 DE JANEIRO DE 2021.  
<file:///C:/Users/cgarc/OneDrive/%C3%81rea%20de%20Trabalho/Violencia%20sexual/PORTARIA%20GM-MS%20NA%CC%82%C2%BA%2078,%20DE%2018%20DE%20JANEIRO%20DE%202021%20-%20DOU%20-%20Imprensa%20Nacional.pdf>
8. Interrupção da Gravidez com fundamento e amparos legais – Protocolos FEBRASGO - Obstetrícia nº 69/2021. <file:///C:/Users/cgarc/OneDrive/%C3%81rea%20de%20Trabalho/Violencia%20sexual/FEBRASGO.pdf>
9. Defensoria Pública do Estado de São Paulo. Núcleo Especializado de Promoção e Defesa dos Direitos da Mulher. Direitos Reprodutivos “Aborto Legal”. Site: [http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/documentacao\\_e\\_divulgacao/doc\\_biblioteca/bibli\\_servicos\\_produtos/BibliotecaDigital/BibDigitalLivros/TodosOsLivros/Aborto\\_Legal.pdf](http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/documentacao_e_divulgacao/doc_biblioteca/bibli_servicos_produtos/BibliotecaDigital/BibDigitalLivros/TodosOsLivros/Aborto_Legal.pdf)

Aprovação da diretoria Clínica: Dra. Marise Pereira Silva  
Aprovação da Diretoria do Departamento de Assistência à Saúde: Silke Anna Theresa Weber  
Aprovação da médica do Serviço de Obstetrícia: Cláudia Garcia Magalhães

Assessoria do Núcleo de Gestão da Qualidade



|   |   |                              |  |
|---|---|------------------------------|--|
|        | 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: 15/32</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>  | Revisão nº:                  |  |
|   |   |                              |  |
| <b>PRC SO 003 - PROTOCOLO DE INTERRUPTÃO DE GESTAÇÃO DECORRENTE DE VIOLÊNCIA SEXUAL</b> |   |                              |  |

## 8. ANEXOS:

|                       |   |
|-----------------------|---|
| <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 Diretoria do Departamento de Assistência à Saúde: Silke Anna Theresa Weber  
Aprovação da médica do Serviço de Obstetrícia: Cláudia Garcia Magalhães

Assessoria do Núcleo de Gestão da Qualidade

|   |   |                              |  |
|---|---|------------------------------|--|
|        | 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: 16/32</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>  | Revisão nº:                  |  |
|   |   |                              |  |
| <b>PRC SO 003 - PROTOCOLO DE INTERRUPTÃO 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 Diretoria do Departamento de Assistência à Saúde: Silke Anna Theresa Weber  
Aprovação da médica do Serviço de Obstetrícia: Cláudia Garcia Magalhães

Assessoria do Núcleo de Gestão da Qualidade



|   |   |                              |  |
|---|---|------------------------------|--|
|        | 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: 17/32</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>  | Revisão nº:                  |  |
|   |   |                              |  |
| <b>PRC SO 003 - PROTOCOLO DE INTERRUPTÃO DE GESTAÇÃO DECORRENTE DE VIOLÊNCIA SEXUAL</b> |   |                              |  |

### 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 Diretoria do Departamento de Assistência à Saúde: Silke Anna Theresa Weber  
 Aprovação da médica do Serviço de Obstetrícia: Cláudia Garcia Magalhães

Assessoria do Núcleo de Gestão da Qualidade

|   |   |                              |  |
|---|---|------------------------------|--|
|        | 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: 18/32</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>  | Revisão nº:                  |  |
|   |   |                              |  |
| <b>PRC SO 003 - PROTOCOLO DE INTERRUPTÃO DE GESTAÇÃO DECORRENTE DE VIOLÊNCIA SEXUAL</b> |   |                              |  |

## 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 Diretoria do Departamento de Assistência à Saúde: Silke Anna Theresa Weber  
Aprovação da médica do Serviço de Obstetria: Cláudia Garcia Magalhães

Assessoria do Núcleo de Gestão da Qualidade

|   |   |                              |  |
|---|---|------------------------------|--|
|        | 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: 19/32</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>  | Revisão nº:                  |  |
|   |   |                              |  |
| <b>PRC SO 003 - PROTOCOLO DE INTERRUPTÃO 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 de São Paulo, 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:

---



---



---



---



---



---





---



---

Aprovação da diretoria Clínica: Dra. Marise Pereira Silva  
Aprovação da Diretoria do Departamento de Assistência à Saúde: Silke Anna Theresa Weber  
Aprovação da médica do Serviço de Obstetrícia: Cláudia Garcia Magalhães

Assessoria do Núcleo de Gestão da Qualidade

|   |   |                              |  |
|---|---|------------------------------|--|
|        | 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: 20/32</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>  | Revisão nº:                  |  |
|   |   |                              |  |
| <b>PRC SO 003 - PROTOCOLO DE INTERRUPTÃO 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 Diretoria do Departamento de Assistência à Saúde: Silke Anna Theresa Weber  
 Aprovação da médica do Serviço de Obstetrícia: Cláudia Garcia Magalhães

Assessoria do Núcleo de Gestão da Qualidade

|   |   |                              |  |
|---|---|------------------------------|--|
|        | 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: 21/32</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>  | Revisão nº:                  |  |
|   |   |                              |  |
| <b>PRC SO 003 - PROTOCOLO DE INTERRUPTÃO 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 Diretoria do Departamento de Assistência à Saúde: Silke Anna Theresa Weber  
Aprovação da médica do Serviço de Obstetrícia: Cláudia Garcia Magalhães

Assessoria do Núcleo de Gestão da Qualidade

|   |   |                              |  |
|---|---|------------------------------|--|
|        | 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: 22/32</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>  | Revisão nº:                  |  |
|   |   |                              |  |
| <b>PRC SO 003 - PROTOCOLO DE INTERRUPTÃO 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 Diretoria do Departamento de Assistência à Saúde: Silke Anna Theresa Weber  
Aprovação da médica do Serviço de Obstetrícia: Cláudia Garcia Magalhães

Assessoria do Núcleo de Gestão da Qualidade

|   |   |                              |  |
|---|---|------------------------------|--|
|        | 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: 23/32</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>  | Revisão nº:                  |  |
|   |   |                              |  |
| <b>PRC SO 003 - PROTOCOLO DE INTERRUPTÃO 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 Diretoria do Departamento de Assistência à Saúde: Silke Anna Theresa Weber  
Aprovação da médica do Serviço de Obstetrícia: Cláudia Garcia Magalhães

Assessoria do Núcleo de Gestão da Qualidade

|  |   |                              |  |
|--|---|------------------------------|--|
|       | 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: 24/32</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:</b>           |  |
|  |   |                              |  |
| <b>PRC SO 003 - PROTOCOLO DE INTERRUÇÃO 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): |                   |                             |                   |
| <b>Data da Ocorrência:</b>                                      |                   | <b>Horário:</b>             |                   |
| <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  |                   |                             |                   |
| Violência presumida   |                   | Qual ignorado               |                   |
| Raça:   | não               | sim                         |                   |
| Cor: »  | Se sim, início há | Boletim de                  | sim               |
| Violência de Repetição:   | anos              | não                         | sim               |
| Se sim, início há   | ocorrência:       |                             |                   |
| <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:             | 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 Diretoria do Departamento de Assistência à Saúde: Silke Anna Theresa Weber  
 Aprovação da médica do Serviço de Obstetria: Cláudia Garcia Magalhães

Assessoria do Núcleo de Gestão da Qualidade





|   |   |                              |  |
|---|---|------------------------------|--|
|        | 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: 25/32</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>  | Revisão nº:                  |  |
|   |   |                              |  |
| <b>PRC SO 003 - PROTOCOLO DE INTERRUPTÃO DE GESTAÇÃO DECORRENTE DE VIOLÊNCIA SEXUAL</b> |   |                              |  |

| 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            |                |                     |
|                                    | presente           |                |                     |
|                                    | membros inferiores |                |                     |
|                                    | membros superiores |                |                     |
|                                    | face               |                |                     |
|                                    | abdome             |                |                     |
| Mucosas...:                        | coradas            |                |                     |
|                                    | descoradas :       |                |                     |
| Giordano.                          | negativo           |                |                     |
|                                    | 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 Diretoria do Departamento de Assistência à Saúde: Silke Anna Theresa Weber  
 Aprovação da médica do Serviço de Obstetria: Cláudia Garcia Magalhães



Assessoria do Núcleo de Gestão da Qualidade

|  |   |                              |  |
|--|---|------------------------------|--|
|       | 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: 26/32</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:</b>           |  |
|  |   |                              |  |
| <b>PRC SO 003 - PROTOCOLO DE INTERRUÇÃO DE GESTAÇÃO DECORRENTE DE VIOLÊNCIA SEXUAL</b> |   |                              |  |

| CONDUTAS   |  |  |        |
|--|--|--|--------|
| Avaliação do conteúdo vaginal<br>Colhido sangue ou sêmen nas vestes<br>Orientada para direitos legais<br>Orientada para registro policial <span style="float: right;">BO já realizado</span> |  |  |        |
| Profilaxia de DST (Mulheres adultas e adolescentes com mais de 45kg de peso)   |  |  |        |
| <b>Sífilis</b>   | Pinicilina 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<br>Gamaglobulina Hiperimune – 0,06 mg / peso – IM – até 14 dia<br>Vacina Hepatite B |  |        |
| <b>AIDS</b>  | Profilaxia HIV (até 72 horas após a ocorrência)<br>(a critério do infectologista)  | TDF + 3TC + HTV/RZV<br>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 Escolha</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<br>Microvlar 4cps - VO - 12 em 12 horas - 2 doses  |  |  |        |
| <b>Solicitar Exames</b>  |  |  |        |
| Teste de gravidez (no atendimento, se possível)<br>Hepatite B (AgHBS / Anti-HBS / Anti-HBc)<br>Hepatite C (Anti-VHC)<br>Sífilis<br>B-hCG<br>AST / ALT / Hemograma<br>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 Diretoria do Departamento de Assistência à Saúde: Silke Anna Theresa Weber  
 Aprovação da médica do Serviço de Obstetria: Cláudia Garcia Magalhães

Assessoria do Núcleo de Gestão da Qualidade

|  |   |  |                            |
|--|---|--|----------------------------|
|       | 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: 27/32</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> |
| Revisão nº: _____  |   |  |                            |
| <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>  |            |       |              |          |       |
| Nome  | Parentesco | Idade | Escolaridade | Ocupação | Renda |
|   |            |       |              |          |       |
|   |            |       |              |          |       |
|   |            |       |              |          |       |
|   |            |       |              |          |       |
| <b>4 - Dados da Ocorrência</b>  |            |       |              |          |       |
| 4.1 - Agressor:   |            |       |              |          |       |
| ( ) Pai ( ) Mãe ( ) Desconhecidos ( ) Outros _____                            |            |       |              |          |       |

Ativa

Aprovação da diretoria Clínica: Dra. Marise Pereira Silva  
 Aprovação da Diretoria do Departamento de Assistência à Saúde: Silke Anna Theresa Weber  
 Aprovação da médica do Serviço de Obstetrícia: Cláudia Garcia Magalhães

Assessoria do Núcleo de Gestão da Qualidade

|   |   |                              |  |
|---|---|------------------------------|--|
|        | 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: 28/32</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>  | Revisão nº:                  |  |
|   |   |                              |  |
| <b>PRC SO 003 - PROTOCOLO DE INTERRUPTÃO 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  
Assessoria G

|  |
|--|
| Aprovação da diretoria Clínica: Dra. Marise Pereira Silva<br>Aprovação da Diretoria do Departamento de Assistência à Saúde: Silke Anna Theresa Weber<br>Aprovação da médica do Serviço de Obstetrícia: Cláudia Garcia Magalhães<br>Assessoria do Núcleo de Gestão da Qualidade |
|--|



HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU  
 Av. Professor Mário Rubens Guimarães Montenegro, s/n  
 CEP 18618-687-Botucatu/SP – Telefone: +55(14) 3811-6000  
 E-mail: [superintendencia.hcfmb@unesp.br](mailto:superintendencia.hcfmb@unesp.br)

PRC SO 003 Pág: 29/32

Emissão: 17/10/2023



**PROTOCOLO CLÍNICO DO SERVIÇO DE OBSTETRÍCIA  
 DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE  
 MEDICINA DE BOTUCATU**

Revisão nº:

**PRC SO 003 - PROTOCOLO DE INTERRUÇÃO DE GESTAÇÃO DECORRENTE DE VIOLÊNCIA SEXUAL**

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

| República Federativa do Brasil<br>Ministério da Saúde   |                            | SINAN<br>SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO<br>FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL |  | Nº  |   |  |  |
|---|----------------------------|---|--|---|---|--|--|
| <p>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.</p> |                            |   |  |   |   |  |  |
| Dados Gerais  | 1                          | Tipo de Notificação   |  | 2 - Individual  |   |  |  |
|   | 2                          | Agravo/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  |   |  |  |
|   | 8                          | Unidade de Saúde  |  | Código (CNES)   |   |  |  |
|   | 9                          | Data da ocorrência da violência   |  |   |   |  |  |
| Dados de Residência   | 10                         | Nome do paciente  |  | 11  | Data de nascimento  |  |  |
|   | 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"/> 1 - 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 se aplica <input type="checkbox"/> 5- Não <input type="checkbox"/> 6- Não se aplica <input type="checkbox"/> 7- Ignorado | 15  | Raça/Cor   | <input type="checkbox"/> 1- Branca <input type="checkbox"/> 2- Preta <input type="checkbox"/> 3- Amarela <input type="checkbox"/> 4- Parda <input type="checkbox"/> 5- Indígena <input type="checkbox"/> 9- Ignorado |
|   | 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 |  |
| Dados de Residência   | 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,...)   |  |  |
|   | 24                         | Número  |  | 25  | Complemento (apto., casa, ...)  |  |  |
|   | 26                         | Geo campo 1   |  |   |   |  |  |
|   | 27                         | Geo campo 2   |  | 28  | Ponto de Referência   |  |  |
|   | 29                         | CEP   |  |   |   |  |  |
| <b>Dados Complementares</b>   |                            |   |  |   |   |  |  |
| Dados da Pessoa Atendida  | 33                         | Nome Social   |  | 34  | Ocupação  |  |  |
|   | 35                         | Situação conjugal / Estado civil  |  |   |   |  |  |
|   | 36                         | Orientação Sexual   |  | 37  | Identidade de gênero:   |  |  |
|   | 38                         | Possui algum tipo de deficiência/ transtorno?   |  | 39  | Se sim, qual tipo de deficiência / transtorno?  |  |  |
| Dados da Ocorrência   | 40                         | UF  | 41   | Município de ocorrência   | Código (IBGE)   |  |  |
|   | 42                         | Distrito  |  |   |   |  |  |
|   | 43                         | Bairro  |  | 44  | Logradouro (rua, avenida,...)   |  |  |
|   | 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   |  | 53  | Ocorreu outras vezes?   |  |  |
| 54  | A lesão foi autoprovocada? |   |  |   |   |  |  |

Aprovação da diretoria Clínica: Dra. Marise Pereira Silva  
 Aprovação da Diretoria do Departamento de Assistência à Saúde: Silke Anna Theresa Weber  
 Aprovação da médica do Serviço de Obstetria: Cláudia Garcia Magalhães

Assessoria do Núcleo de Gestão da Qualidade



HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU  
 Av. Professor Mário Rubens Guimarães Montenegro, s/n  
 CEP 18618-687-Botucatu/SP – Telefone: +55(14) 3811-6000  
 E-mail: [superintendencia.hcfmb@unesp.br](mailto:superintendencia.hcfmb@unesp.br)

PRC SO 003 Pág: 30/32

Emissão: 17/10/2023





**PROTOCOLO CLÍNICO DO SERVIÇO DE OBSTETRÍCIA  
 DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE  
 MEDICINA DE BOTUCATU**

Revisão nº:

**PRC SO 003 - PROTOCOLO DE INTERRUÇÃO DE GESTAÇÃO DECORRENTE DE VIOLÊNCIA SEXUAL**

|  |   |  |
|--|---|--|
| Violência  | <b>55</b> Essa violência foi motivada por:<br>01-Sexismo 02-Homofobia/Lesbofobia/Bifobia/Transfobia 03-Racismo 04-Intolerância religiosa 05-Xenofobia<br>06-Conflito geracional 07-Situação de rua 08-Deficiência 09-Outros _____ 88-Não se aplica 99-Ignorado  |  |
|  | <b>56</b> Tipo de violência<br><input type="checkbox"/> Física<br><input type="checkbox"/> Psicológica/Moral<br><input type="checkbox"/> Tortura<br><input type="checkbox"/> Sexual   | 1- Sim 2- Não 9- Ignorado<br><input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos<br><input type="checkbox"/> Financeira/Econômica<br><input type="checkbox"/> Negligência/Abandono<br><input type="checkbox"/> Trabalho infantil<br><input type="checkbox"/> Intervenção legal<br><input type="checkbox"/> Outros _____  |
| Violência Sexual   | <b>57</b> Meio de agressão<br><input type="checkbox"/> Força corporal/ espancamento<br><input type="checkbox"/> Enforcamento<br><input type="checkbox"/> Obj. contundente   |  |
|  | 1- Sim 2- Não 9- Ignorado<br><input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante<br><input type="checkbox"/> Substância/ Obj. quente<br><input type="checkbox"/> Envenenamento, intoxicação<br><input type="checkbox"/> Arma de fogo<br><input type="checkbox"/> Ameaça<br><input type="checkbox"/> Outro _____  |  |
| Dados do provável autor da violência   | <b>58</b> 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 _____   |  |
|  | <b>59</b> 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<br><input type="checkbox"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Coleta de sangue <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal <input type="checkbox"/> Contracepção de emergência<br><input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei  |  |
| Encaminhamento   | <b>60</b> Número de envolvidos<br>1 - Um <input type="checkbox"/><br>2 - Dois ou mais <input type="checkbox"/><br>9 - Ignorado <input type="checkbox"/>   | <b>61</b> Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida 1-Sim 2-Não 9-Ignorado<br><input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge<br><input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Namorado(a)<br><input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a)<br><input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Filho(a)<br><input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Irmão(ã)<br><input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos<br><input type="checkbox"/> Desconhecido(a)<br><input type="checkbox"/> Cuidador(a)<br><input type="checkbox"/> Patrão/chefe<br><input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional |
|  | <b>62</b> Sexo do provável autor da violência<br>1 - Masculino <input type="checkbox"/><br>2 - Feminino <input type="checkbox"/><br>3 - Ambos os sexos <input type="checkbox"/><br>9 - Ignorado <input type="checkbox"/>  |  |
| Dados finais   | <b>63</b> Suspeita de uso de álcool<br>1- Sim <input type="checkbox"/><br>2 - Não <input type="checkbox"/><br>9- Ignorado <input type="checkbox"/>  |  |
|  | <b>64</b> Ciclo de vida do provável autor da violência:<br>1-Criança (0 a 9 anos) <input type="checkbox"/> 3-Jovem (20 a 24 anos) <input type="checkbox"/> 5-Pessoa idosa (60 anos ou mais) <input type="checkbox"/><br>2-Adolescente (10 a 19 anos) <input type="checkbox"/> 4-Pessoa adulta (25 a 59 anos) <input type="checkbox"/> 9-Ignorado <input type="checkbox"/>   |  |
| Dados finais   | <b>65</b> 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<br><input type="checkbox"/> Rede da Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento ao Idoso<br><input type="checkbox"/> Rede da Educação (Creche, escola, outras) <input type="checkbox"/> Centro de Referência dos Direitos Humanos<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<br><input type="checkbox"/> Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente |  |
|  | <b>66</b> Violência Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> <b>67</b> Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) <input type="checkbox"/> <b>68</b> Circunstância da lesão<br>1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado 1- Sim 2 - Não 8 - Não se aplica 9- Ignorado CID 10 - Cap XX _____   |  |
| <b>69</b> Data de encerramento _____   |   |  |
| <b>Informações complementares e observações</b>  |   |  |
| Nome do acompanhante _____ Vínculo/grau de parentesco _____ (DDD) Telefone _____   |   |  |
| Observações Adicionais:<br>_____<br>_____<br>_____   |   |  |
| <b>Disque Saúde - Ouvidoria Geral do SUS 136</b> <b>TELEFONES ÚTEIS</b> <b>Disque Direitos Humanos 100</b><br><b>Central de Atendimento à Mulher 180</b> |   |  |
| Notificador  | Município/Unidade de Saúde _____ Cód. da Unid. de Saúde/CNES _____  |  |
|  | Nome _____ Função _____   | Assinatura _____   |
| Violência interpessoal/autoprovocada      Sina      SVS 15.06.2015   |   |  |

Aprovação da diretoria Clínica: Dra. Marise Pereira Silva  
 Aprovação da Diretoria do Departamento de Assistência à Saúde: Silke Anna Theresa Weber  
 Aprovação da médica do Serviço de Obstetria: Cláudia Garcia Magalhães  
 Assessoria do Núcleo de Gestão da Qualidade

|   |   |                              |  |
|---|---|------------------------------|--|
|        | 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: 31/32</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:</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 .....  |     |                              |                            |                              |     |
| Registro .....  |     |                              | Data Nascimento :          |                              |     |
| Idade .....   |     |                              | Sexo .....                 |                              |     |
| Data Atendimento :  |     |                              | Nº 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 Diretoria do Departamento de Assistência à Saúde: Silke Anna Theresa Weber  
 Aprovação da médica do Serviço de Obstetria: Cláudia Garcia Magalhães

Assessoria do Núcleo de Gestão da Qualidade

|   |   |                              |  |
|---|---|------------------------------|--|
|        | 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: 32/32</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>  | Revisão nº:                  |  |
|   |   |                              |  |
| <b>PRC SO 003 - PROTOCOLO DE INTERRUPTÃO DE GESTAÇÃO DECORRENTE DE VIOLÊNCIA SEXUAL</b> |   |                              |  |

## 9. TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE DIVULGAÇÃO E APROVAÇÃO DE DOCUMENTO

|   |   |   |
|---|---|---|
|  | HOSPITAL DAS CLÍNICAS<br>FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU<br>NÚCLEO DE GESTÃO DA QUALIDADE<br>Av. Professor Mário Rubens Guimarães Montenegro, s/n CEP 18618-687 – Botucatu – São Paulo – Brasil<br>Tel. (14) 3811-6218 / (14) 3811-6215 – E-mail <a href="mailto:qualidade.hcfmb@unesp.br">qualidade.hcfmb@unesp.br</a> |  |
| <b>TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE DIVULGAÇÃO ELETRÔNICA E APROVAÇÃO DE DOCUMENTO</b>     |   |   |

|  |  |
|--|--|
| <b>1. IDENTIFICAÇÃO DO DOCUMENTO</b>   |  |
| <b>1.1. Título:</b> PRC SO 003 - PROTOCOLO DE INTERRUPTÃO DE GESTAÇÃO DECORRENTE DE VIOLÊNCIA SEXUAL   |  |
| <b>1.2. Área Responsável:</b> Serviço de Obstetria   |  |
| <b>1.3. Data da Elaboração:</b> <u>17/10/2023</u> <b>Total de páginas:</b> <u>33</u> <b>Data da Revisão:</b> <u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u><br><b>Número da Revisão:</b> 00 |  |
| <b>2. DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA, APROVAÇÃO DE DOCUMENTO E CONSENTIMENTO DE EXPOSIÇÃO DO NOME COMPLETO (DURANTE O PERÍODO DE VIGÊNCIA DO DOCUMENTO):</b>                            |  |
| Declaro que estou ciente e <b>aprovo</b> o conteúdo do documento: <b>PRC SO 003 - PROTOCOLO DE INTERRUPTÃO DE GESTAÇÃO DECORRENTE DE VIOLÊNCIA SEXUAL.</b>                     |  |
| Também autorizo a exposição do meu nome completo.  |  |
| <b>Data:</b> <u>21/11/23</u>   | Assinatura:<br><b>Diretoria Clínica:</b> Marise Pereira da Silva                                 |
| <b>Data:</b> <u>21/11/23</u>   | Assinatura:<br><b>Diretoria do Departamento de Assistência à Saúde:</b> Silke Anna Theresa Weber |

Aprovação da diretoria Clínica: Dra. Marise Pereira Silva  
Aprovação da Diretoria do Departamento de Assistência à Saúde: Silke Anna Theresa Weber  
Aprovação da médica do Serviço de Obstetria: Cláudia Garcia Magalhães

Assessoria do Núcleo de Gestão da Qualidade