

Nome completo: _____

Endereço _____

CEP: _____

Telefone: () _____

CPF: _____ RG: _____

Data de nascimento: ____/____/____.

Como voce gostaria que a nossa equipe te chame?

Pronome

As informações abaixo são para dados demográficos e não afetarão o seu atendimento clínico:

<p>1. Qual o seu salário mensal?</p> <p>() Até 1 salário mínimo () De 1 a 2 salários mínimos () De 3 a 4 salários mínimos () Mais de 4 salários mínimos</p>	<p>2. Status de emprego</p> <p>() Emprego horário integral () Emprego horario parcial () Estudante horário integral () Estudante horário parcial () Aposentado(a) () Desempregado (a) () outro: _____</p>	<p>3. Cor/Raça</p> <p>() Branca () Preta () Amarela () Pardo () Indígena</p>
<p>4. Estado civil</p> <p>() Solteiro (a) () Casado(a)/união estável /união consensual () Viúvo (a) () Separado (a) Se casado (a), quanto tempo? _____</p>	<p>5. Escolaridade</p> <p>() 1a a 4a série incompleta do EF () 4a série completa do EF () 5a à 8a série incompleta do EF () Ensino fundamental complet () Ensino médio incompleto () Ensino médio completo () Educação superior incompleta () Educação superior completa () Analfabeto</p> <p>6. Ocupação/ Trabalho: _____</p>	<p>6. Qual a sua orientação sexual</p> <p>() lésbica () gay () heterossexual () bissexual () outra orientação: _____</p>
<p>7. Como você descreve seu gênero:</p> <p>() Feminino/ Mulher () Masculino/ Homem () Trans mulher/trans feminino () Trans homem/trans masculino () Não binário/ queer ou não exclusivo homem ou mulher () outro:</p>	<p>8. Qual sexo estava escrito na sua certidão de nascimento:</p> <p>() Feminino/ Mulher () Masculino/ Homem</p>	<p>9. Você se identifica como transgênero, transsexual ou tem história de trans?</p> <p>() Sim () Não () Não sabe/ não tem certeza</p>

<p>10. Agressor <input type="checkbox"/> Mulher <input type="checkbox"/> Homem <input type="checkbox"/> Transgênero <input type="checkbox"/> Não-binário <input type="checkbox"/> Não identificado</p> <p>11. Tempo decorrido desde a violência: Dias _____ ou Meses _____</p>	<p>12. Tipo de violência A lesão foi autoprovocada? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>	<p>13. Meio de agressão <input type="checkbox"/> Arma branca <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Objeto contundente <input type="checkbox"/> Força corporal <input type="checkbox"/> Enforcamento/sufocação <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Outros: _____</p>
<p>14. Tipo de violências <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Outros: _____</p>	<p>15. Relação com a pessoa atendida <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Ex cônjuge <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Ex namorado(a) <input type="checkbox"/> Amigos/Conhecidos <input type="checkbox"/> Desconhecido <input type="checkbox"/> Cuidador <input type="checkbox"/> Chefe <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional <input type="checkbox"/> Outros: _____</p>	<p>16. Suspeita de uso de álcool ou drogas <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>
<p>17. Números de agressores <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Número _____</p> <p>18. Repetição do ato agressor <input type="checkbox"/> Isolada <input type="checkbox"/> constante: Quantas? _____</p>	<p>19. Houve registro de ocorrência policial ou abertura de processo contra o agressor (a)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>	<p>20. CID 10 _____</p>