



# FORMULÁRIO ROGÉRIA

REGISTRO DE OCORRÊNCIA GERAL DE EMERGÊNCIA E RISCO IMINENTE À COMUNIDADE LGBTQIA+

[Atenção: o questionário deve ser preenchido mediante autodeclaração da pessoa atendida, exceto o Campo III – Análise do/a Profissional]

## I – Dados de Identificação Pessoal

**Nome:** \_\_\_\_\_

**Nome Social:**  Sim  Não

**Se sim, informar o nome constante no registro de nascimento:**

**Data do nascimento:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Nacionalidade:**  Brasileiro/a  Migrante. Especificar: \_\_\_\_\_

**Identidade de gênero:**  Feminino  Masculino  Outra

Especificar: \_\_\_\_\_

### Orientação sexual:

Homossexual - Lésbica

Heterossexual

Homossexual - Gay

Bissexual

Panssexual

Assexual

Outra

Especificar: \_\_\_\_\_

**Informar se é pessoa Intersexo:**  Sim  Não

### Raça/Cor:

Branca

Preta

Parda

Amarela

Indígena

**Grau de instrução:**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sem escolaridade definida e sem alfabetização | <input type="checkbox"/> Sem escolaridade definida e com alfabetização |
| <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental Incompleto                 | <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental Completo                   |
| <input type="checkbox"/> Ensino Médio Incompleto                       | <input type="checkbox"/> Ensino Médio Completo                         |
| <input type="checkbox"/> Ensino Superior Incompleto                    | <input type="checkbox"/> Ensino Superior Completo                      |
| <input type="checkbox"/> Pós-Graduação Incompleta                      | <input type="checkbox"/> Pós-Graduação Completa                        |

**RG:** \_\_\_\_\_ **CPF:** \_\_\_\_\_

**Endereço - Logradouro:** \_\_\_\_\_ **Nº:** \_\_\_\_\_

**Bairro:** \_\_\_\_\_ **CEP:** \_\_\_\_\_

**Município:** \_\_\_\_\_ **UF:** \_\_\_\_\_

**Telefone para contato com DDD:** \_\_\_\_\_

**Caso seja criança ou adolescente, registrar os dados do/a responsável legal ou pessoa que está acompanhando o atendimento:**

**Nome do/a responsável legal ou acompanhante:** \_\_\_\_\_

**RG:** \_\_\_\_\_ **CPF:** \_\_\_\_\_

**Telefone para contato com DDD:** \_\_\_\_\_

**E-mail:** \_\_\_\_\_

**II - Dados de Identificação do Risco**

**Qual a demanda apresentada (motivo da procura)? (Assinalar todas que forem relatadas)**

Violência física (golpes, tapas, ferimentos, submissões físicas - facada, paulada, soco, puxões, empurrões, imobilização etc.).

Especificar: \_\_\_\_\_

Violência psicológica (ameaças, humilhações, xingamentos, intimidações).

Especificar: \_\_\_\_\_

Violência moral (difamações, exposição, calúnias, injúria, chantagens).

Especificar: \_\_\_\_\_

Violência econômica ou patrimonial (retenção ou destruição de bens ou capital, roubo, furto).

Especificar: \_\_\_\_\_

Violência sexual (abusos, assédio, estupro, exposição da ou à nudez e prática de atos sexuais indesejados).

Especificar: \_\_\_\_\_

Discriminação/Preconceito - Direito cerceado ou negado referente a trabalho.

Especificar: \_\_\_\_\_

Discriminação/Preconceito - Direito cerceado no acesso a espaços públicos ou privados (banheiro, loja, supermercado, banco etc.).

Especificar: \_\_\_\_\_

Discriminação/Preconceito - Direito cerceado no acesso a serviços e políticas públicas (tratamento em saúde, acesso à justiça, educação etc.).

Especificar: \_\_\_\_\_

Outro(s).

Especificar: \_\_\_\_\_

**Informar onde ocorreu a violência e/ou a discriminação/preconceito:**

Ambiente doméstico/privado.

Especificar: \_\_\_\_\_

Ambiente privado que não o doméstico.

Especificar: \_\_\_\_\_

Ambiente público.

Especificar: \_\_\_\_\_

Ambiente institucional.

Especificar: \_\_\_\_\_

Ambiente virtual.

Especificar: \_\_\_\_\_

 **Você conhece quem praticou a violência/discriminação?**  Sim  Não

**Se sim, identificar:**

- Parceiro/a (namorado/a, esposo/a, companheiro/a)
- Ex-parceiro/a (ex-namorado/a, esposo/a, companheiro/a)
- Vizinho/a
- Parente que mora comigo. Especificar: \_\_\_\_\_
- Parente que não mora comigo. Especificar: \_\_\_\_\_
- Chefe, Colega de trabalho
- Cliente
- Diretor/a, Professor/a, Colega de Instituição de Ensino
- Liderança Religiosa. Especificar: \_\_\_\_\_
- Amigo/a de amigos/as meus/minhas
- Outro. Especificar: \_\_\_\_\_

**Informar dados de quem praticou a violência e/ou a discriminação/preconceito, caso a vítima tenha conhecimento:**

Nome: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

Endereço para localização (residencial ou de trabalho):

Endereço - Logradouro: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Telefone para contato com DDD: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Página na internet, caso o fato tenha ocorrido em ambiente virtual (facebook, instagram, twitter ou outras): \_\_\_\_\_

**Possui testemunhas com relação a esse(s) fato(s)?**

- Sim. Especificar contatos: \_\_\_\_\_
- Não possui

**Qual a sua percepção com relação ao risco de sofrer novo episódio de violência, você sente que está sendo perseguido/a, ameaçado/a ou vigiado/a?**

- Sim. Especificar: \_\_\_\_\_
- Não

Campo reservado para observações:

---

---

---

---

**Existe registro de ocorrência policial (Boletim de Ocorrência) relacionado a este(s) fato(s)?**

Sim.

Informar o(s) número(s): \_\_\_\_\_ Identificar a(s) Delegacia(s): \_\_\_\_\_

Não

**Em caso de violência doméstica e familiar, já houve medida protetiva de urgência ou alguma medida cautelar?**

Sim. Especificar: \_\_\_\_\_

Não

**Existe registro de ocorrência policial (Boletim de Ocorrência) relacionado a fatos anteriores de violência e/ou discriminação/preconceito?**

Sim.

Informar o(s) número(s): \_\_\_\_\_ Identificar a(s) Delegacia(s): \_\_\_\_\_

Não

**Existe processo judicial relacionado a este(s) fato(s)?**

Sim.

Informar o(s) número(s): \_\_\_\_\_ Identificar o Tribunal para cada processo: \_\_\_\_\_

Não

**Existe processo judicial relacionado a fatos anteriores de violência e/ou discriminação/preconceito?**

Sim.

Informar o(s) número(s): \_\_\_\_\_ Identificar o Tribunal para cada processo: \_\_\_\_\_

Não

**Existe processo extrajudicial relacionado a este(s) fato(s)?**

Sim. Especificar: \_\_\_\_\_

Não

**Existe processo extrajudicial relacionado a fatos anteriores de violência e/ou discriminação/preconceito?**

- Sim. Especificar: \_\_\_\_\_
- Não

**Assinalar a presença de possíveis agravantes da situação de risco e vulnerabilidade social:**

- Está em situação de rua
- É profissional do sexo
- Tem alguma doença grave, crônica ou comorbidade.

Especificar: \_\_\_\_\_

- Tem alguma questão relacionada à saúde mental (sofrimento psíquico, transtorno mental, ideação ou tentativa de suicídio, dependência química).

Especificar: \_\_\_\_\_

- É migrante ou refugiado/a
- É pessoa com deficiência
- É idoso/a
- Não possui rede de apoio (família, amigos/as)
- Possui rede de apoio restrita
- Não é acompanhado/a por nenhum serviço
- Reside com o/a agressor/a
- Mantém contato com o/a agressor/a
- O/A agressor/a tem arma de fogo
- Refere tentativa de homicídio
- Necessita de proteção à integridade física e à vida por meio de programas especializados
- Outro(s). Especificar: \_\_\_\_\_

**A partir da identificação das demandas e concordância da pessoa atendida (vítima), assinalar os encaminhamentos de proteção social que foram realizados:**

- Delegacia de Polícia
- Assistência Jurídica Gratuita. Especificar: \_\_\_\_\_
- PROVITA - Programa de Proteção a Vítimas e Testemunhas Ameaçadas
- PPDDH - Programa de Proteção aos Defensores de Direitos Humanos, Comunicadores e Ambientalistas
- PPCAM - Programa de Proteção a Crianças e Adolescentes Ameaçados de Morte
- Centro de Referência LGBTQIA+
- Casa de Acolhimento/Casa Abrigo
- Saúde. Especificar: \_\_\_\_\_
- Assistência Social. Especificar: \_\_\_\_\_

Educação. Especificar: \_\_\_\_\_

Habitação. Especificar: \_\_\_\_\_

Outro(s). Especificar: \_\_\_\_\_

Não houve encaminhamentos. Especificar o motivo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### III - Análise do/a Profissional

**Existem outras informações relevantes com relação ao contexto ou situação da vítima e que possam indicar risco de novas agressões? Anote e explique.**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Como a vítima se apresenta física e emocionalmente? Está acompanhado (a) pela rede de saúde? Tem sinais de esgotamento emocional, está tomando medicação controlada, necessita de acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico? Existe o risco de a vítima tentar suicídio ou existem informações de que tenha tentado se matar? Outro? Descreva.**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Descreva, de forma sucinta, outras circunstâncias que chamaram sua atenção e que poderão representar risco de novas agressões, a serem observadas no fluxo de atendimento.**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



#### **IV – Dados de Identificação do Serviço**

Data do atendimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome do/a profissional que realizou o atendimento: \_\_\_\_\_

Cargo do/a profissional que realizou o atendimento: \_\_\_\_\_

Nome da instituição: \_\_\_\_\_

Endereço - Logradouro: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Telefone para contato com DDD: \_\_\_\_\_

**Assinatura do/a profissional:**

\_\_\_\_\_