**ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL**

SECRETARIA DE ESTADO DE JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA

P O L Í C I A C I V I L

DELEGACIA

# FORMULÁRIO NACIONAL DE AVALIAÇÃO DE RISCO

# VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E FAMILIAR CONTRA A MULHER

**Identificação das Partes**

Delegacia de Polícia: Nome da vítima: Idade: Escolaridade: Nacionalidade: Nome do(a) agressor(a): Idade: Escolaridade: Nacionalidade: Vínculo entre a vítima e o(a) agressor(a): Data: / /

# Bloco I - Sobre o histórico de violência

1. O(A) agressor(a) já ameaçou você ou algum familiar com a finalidade de atingi-la?

( ) Sim, utilizando arma de fogo

( ) Sim, utilizando faca

( ) Sim, de outra forma

( ) Não

1. O(A) agressor(a) já praticou alguma(s) destas agressões físicas contra você?

( ) Queimadura

( ) Enforcamento

( ) Sufocamento

( ) Tiro

( ) Afogamento

( ) Facada

( ) Paulada

( ) Nenhuma das agressões acima

1. O(A) agressor(a) já praticou alguma(s) destas outras agressões físicas contra você?

( ) Socos

( ) Chutes

( ) Tapas

( ) Empurrões

( ) Puxões de Cabelo

( ) Nenhuma das agressões acima

**4.** O(A) agressor(a) já obrigou você a fazer sexo ou a praticar atos sexuais contra sua vontade?

( ) Sim

( ) Não

1. O(A) agressor(a) já teve algum destes comportamentos?

( ) disse algo parecido com a frase: “se não for minha, não será de mais ninguém”

( ) perturbou, perseguiu ou vigiou você nos locais em que frequenta

( ) proibiu você de visitar familiares ou amigos

( ) proibiu você de trabalhar ou estudar

( ) fez telefonemas, enviou mensagens pelo celular ou e-mails de forma insistente

( ) impediu você de ter acesso a dinheiro, conta bancária ou outros bens (como documentos pessoais, carro)

( ) teve outros comportamentos de ciúme excessivo e de controle sobre você

( ) nenhum dos comportamentos acima listados

1. Você já registrou ocorrência policial ou formulou pedido de medida protetiva de urgência envolvendo essa mesma pessoa?

( ) Sim

( ) Não

1. As ameaças ou agressões físicas do(a) agressor(a) contra você se tornaram mais frequentes ou mais graves nos últimos meses?

( ) Sim

( ) Não

# Bloco II - Sobre o(a) agressor(a)

1. O(A) agressor(a) faz uso abusivo de álcool ou de drogas?

( ) Sim, de álcool

( ) Sim, de drogas

( ) Não

( ) Não sei

1. O(A) agressor(a) tem alguma doença mental comprovada por avaliação médica?

( ) Sim e faz uso de medicação

( ) Sim e não faz uso de medicação

( ) Não

( ) Não sei

1. O(A) agressor(a) já descumpriu medida protetiva anteriormente?

( ) Sim

( ) Não

1. O(A) agressor(a) já tentou suicídio ou falou em suicidar-e?

( ) Sim

( ) Não

1. O(A) agressor(a) está desempregado ou tem dificuldades financeiras?

( ) Sim

( ) Não

( ) Não sei

1. O(A) agressor(a) tem acesso a armas de fogo?

( ) Sim

( ) Não

( ) Não sei

1. O(A) agressor(a) já ameaçou ou agrediu seus filhos, outros familiares, amigos, colegas de trabalho, pessoas desconhecidas ou animais de estimação?

( ) Sim. Especifique: ( ) filhos ( ) outros familiares ( ) outras pessoas ( ) animais

( ) Não

( ) Não sei

# Bloco III - Sobre você

1. Você se separou recentemente do(a) agressor(a) ou tentou se separar?

( ) Sim

( ) Não

1. Você tem filhos?

( ) Sim, com o agressor. Quantos?

( ) Sim, de outro relacionamento. Quantos?

( ) Não

* 1. Se sim, assinale a faixa etária de seus filhos. Se tiver mais de um filho, pode assinalar mais de uma opção:

( ) 0 a 11 anos

( ) 12 a 17 anos

( ) A partir de 18 anos

* 1. Algum de seus filhos é pessoa portadora de deficiência?

( ) Sim, Quantos?

( ) Não

1. Você está vivendo algum conflito com o(a) agressor(a) em relação à guarda do(s) filho(s), visitas ou pagamento de pensão?

( ) Sim

( ) Não

( ) Não tenho filhos com o(a) agressor(a)

1. Seu(s) filho(s) já presenciaram ato(s) de violência do(a) agressor(a) contra você?

( ) Sim

( ) Não

**19.** Você sofreu algum tipo de violência durante a gravidez ou nos três meses posteriores ao parto?

( ) Sim

( ) Não

1. Se você está em um novo relacionamento, percebeu que as ameaças ou as agressões físicas aumentaram em razão disso?

( ) Sim

( ) Não

1. Você possui alguma deficiência ou é portadora de doenças degenerativas que acarretam condição limitante ou de vulnerabilidade física ou mental?

( ) Sim. Qual(is)?

( ) Não

1. Com qual cor/raça você se identifica:

( ) branca ( ) preta ( ) parda ( ) amarela/oriental ( ) indígena

# Bloco IV - Outras Informações Importantes

1. Você considera que mora em bairro, comunidade, área rural ou local de risco de violência?

( ) Sim

( ) Não

( ) Não sei

1. Você se considera dependente financeiramente do(a) agressor(a)?

( ) Sim

( ) Não

1. Você quer e aceita abrigamento temporário?

( ) Sim

( ) Não

Declaro, para os fins de direito, que as informações supra são verídicas e foram prestadas por mim,

Assinatura da Vítima/terceiro comunicante:

# PARA PREENCHIMENTO PELO PROFISSIONAL:

( ) Vítima respondeu a este formulário sem ajuda profissional

( ) Vítima respondeu a este formulário com auxílio profissional

( ) Vítima não teve condições de responder a este formulário

( ) Vítima recusou-se a preencher o formulário

( ) Terceiro comunicante respondeu a este formulário

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Profissional Responsável

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

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