

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

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

- Queimadura
- Enforcamento
- Sufocamento
- Tiro
- Afogamento
- Facada
- Paulada
- Nenhuma das agressões acima

3. 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

5. 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

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

Sim

Não

7. 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)

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

Sim, de álcool

Sim, de drogas

Não

Não sei

9. 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

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

Sim

Não

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

Sim

Não

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

- Sim
- Não
- Não sei

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

- Sim
- Não
- Não sei

14. 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

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

- Sim
- Não

16. Você tem filhos?

- Sim, com o agressor. Quantos?
- Sim, de outro relacionamento. Quantos?
- Não

16.1. 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

16.2. Algum de seus filhos é pessoa portadora de deficiência?

- Sim, Quantos?
- Não

17. 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)

18. 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

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

Sim

Não

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

Sim. Qual(is)? _____

Não

22. Com qual cor/raça você se identifica:

branca preta parda amarela/oriental indígena

Bloco IV - Outras Informações Importantes

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

Sim

Não

Não sei

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

Sim

Não

25. Você quer e aceita abrigo temporário?

Sim

Não

Declaro, para os fins de direito, que as informações supra são verdadeiras 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