

**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  
( ) Empurões  
( ) 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 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