

**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 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