

## E-SUS/VS

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO  
FICHA DE NOTIFICAÇÃO CONCLUSÃOSecretaria de Saúde do  
Estado do Espírito Santo

EBOLA

Nº

DADOS GERAIS	1 Tipo de Notificação		2- Individual		3 Data da Notificação	
	2 Agravado/doença		Código (CID10)		3 Data da Notificação	
	EBOLA		A98.4		Código (IBGE)	
	4 UF	5 Município de Notificação		Código (IBGE)		
NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código		7 Data do Diagnóstico	
	8 Nome do Paciente				9 Data de Nascimento	
	10 (ou) Idade		11 Sexo		12 Gestante	
	1-Hora 2-Dia 3-Mês 4-Ano		M - Masculino F - Feminino I - Ignorado		1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado	
	14 Escolaridade				13 Raça/Cor	
	0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica				1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena	
	15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe			
	PcD (pessoa com deficiência)		Pessoa em situação de rua		CPF do paciente	
	1- sim 2- não		1- sim 2- não		Nacionalidade	
	Passaporte			Orientação sexual		
			1- Heterossexual 2- Homossexual 3- Bissexual 4- Pansexual 8- Não se aplica 9- Ignorado			
DADOS DE RESIDÊNCIA	17 UF	18 Município de Residência		Código (IBGE)		19 DISTRITO
	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)		Código	
	22 Número		23 Complemento (apto., casa, ...)		24 Geo campo 1	
	25 Geo campo 2		26 Ponto de Referência		27 CEP	
	28 (DDD) Telefone		29 Zona		30 País (se residente fora do Brasil)	
	( )		1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado			
	Unidade de Saúde de Referência					
	31 Data investigação		32 Classificação final		33 Critério de confirmação/descarte	
			1 - Confirmado 2 - Descartado		1- Laboratorial 2- Clínico-epidemiológico	
	34 O caso é autóctone do município de residência?		35 UF		36 País	
1-Sim 2-Não 3-Indeterminado						
37 Município		Código (IBGE)		38 Distrito		
				39 Bairro		
40 Doença relacionada ao trabalho		41 Evolução do caso		42 Data do Óbito		
1- Sim 2-Não 9- Ignorado		1- Cura 2- Óbito pelo agravo notificado 3-Óbito por outras causas 9- Ignorado				
43 Data do Encerramento						
OBSERVAÇÃO:						
INVESTIGADOR	Município/Unidade de Saúde			Cód. da Unid. de Saúde		
	Nome		Função		Assinatura	
	EBOLA		ESUS/VS		10/12/2024	