

**Definição de caso:** Todo caso de acidente de trabalho por causas não naturais compreendidas por acidentes e violências (Capítulo XX da CID-10 V01 a Y98), que ocorrem no ambiente de trabalho ou durante o exercício do trabalho quando o trabalhador estiver realizando atividades relacionadas à sua função, ou a serviço do empregador ou representando os interesses do mesmo (Típico) ou no percurso entre a residência e o trabalho (Trajeto) que provoca lesão corporal ou perturbação funcional, podendo causar a perda ou redução temporária ou permanente da capacidade para o trabalho e morte.

DADOS GERAIS	1	Tipo de Notificação		2- Individual								
	2	Agravado/doença		Código (CID10)	3	Data da Notificação						
	ACIDENTE DE TRABALHO		Y96									
	4	UF	5	Município de Notificação		Código (IBGE)						
NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código		7	Data do Acidente					
	8	Nome do Paciente				9	Data de Nascimento					
	10	(ou) Idade	1-Hora 2-Dia 3-Mês 4-Ano	11	Sexo	M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12	Gestante	1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado	13	Raça/Cor	1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado
	14	Escolaridade						Etnia				
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 à 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- Tupiniquim 2- Guarani 9- ignorado						
15	Número do Cartão SUS		16		Nome da mãe							
PcD (pessoa com deficiência)		Pessoa em situação de rua		CPF do paciente		Nacionalidade						
1- sim 2- não		1- sim 2- não										
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												

Dados complementares do caso

ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS	31	Ocupação									
	32	Situação no Mercado de Trabalho									
	01 - Empregado registrado com carteira assinada		05 - Servidor público celetista		09 - Cooperativado		99 - Ignorado				
	02 - Empregado não registrado		06 - Aposentado		10- Trabalhador avulso						
	03 - Autônomo/ conta própria		07- Desempregado		11- Empregador						
04 - Servidor público estatutário		08 - Trabalho temporário		12- Outros							
33	Tempo de Trabalho na Ocupação				34		Local Onde Ocorreu o Acidente				
1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano				1- Instalações do contratante 2 - Via pública 3- Instalações de terceiros 4- Domicílio próprio 9 - Ignorado							
Dados da Empresa Contratante											
35	Registro/ CNPJ ou CPF				36		Nome da Empresa ou Empregador				
37	Atividade Econômica (CNAE)				38	UF	39	Município			

ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS	40 Distrito		41 Bairro		42 Endereço		
	43 Número		44 Ponto de Referência		45 (DDD) Telefone		
	46 O Empregador é Empresa Terceirizada 1- Sim      2 - Não      3 - Não se aplica      9- Ignorado <input type="checkbox"/>						
	47 Se Empresa Terceirizada, Qual o CNAE da Empresa Principal			48 CNPJ da Empresa Principal			
	49 Razão Social (Nome da Empresa)						
DADOS DO ACIDENTE	50 Hora do Acidente H (horas)      M (minutos)			51 Horas Após o Início da Jornada H (horas)      M (minutos)			
	52 UF	53 Município de Ocorrência do Acidente		Código (IBGE)	54 Código da Causa do Acidente CID 10 (de V01 a Y98)		
	55 Tipo de Acidente 1- Típico 2- Trajeto 9- Ignorado <input type="checkbox"/>		56 Houve Outros Trabalhadores Atingidos 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/>		57 Se Sim, Quantos		
DADOS DO ATEND. MÉDICO	58 Ocorreu Atendimento Médico? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>			59 Data do Atendimento		60 UF	
	61 Município do Atendimento		Código (IBGE)	62 Nome da U. S de Atendimento		Código	
	63 Partes do Corpo Atingidas 01- Olho    04- Tórax    07- Membro superior    10- Todo o corpo 02- Cabeça    05- Abdome    08-Membro inferior    11- Outro 03- Pescoço    06- Mão    09- Pé    99- Ignorado			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	64 Diagnóstico da Lesão CID 10		65 Regime de Tratamento 1- Hospitalar <input type="checkbox"/> 2- Ambulatorial 3- Ambos 9- Ignorado
	66 Evolução do Caso 1 - Cura      4- Incapacidade total permanente      7- Outro <input type="checkbox"/> 2 - Incapacidade temporária      5- Óbito por acidente de trabalho grave      9 - Ignorado 3- Incapacidade parcial permanente      6-Óbito por outras causas						
CONCLUSÃO	67 Se Óbito, Data do Óbito		68 Foi Emitida a Comunicação de Acidente no Trabalho - CAT 1 - Sim 2 - Não 3- Não se aplica 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>				
	OBSERVAÇÃO Descrição sumária de como ocorreu o acidente/ atividade/ causas/ condições/ objeto/ agentes que concorreram direta ou indiretamente para a ocorrência do acidente						
INVESTIGADOR	Município/Unidade de Saúde			Cód. da Unid. de Saúde			
	Nome		Função		Assinatura		