

Definição de caso:

- São considerados acidentes de trabalho aqueles que ocorram no exercício da atividade laboral, ou no percurso de casa para o trabalho. São considerados acidentes de trabalho graves aqueles que resultam em morte, aqueles que resultam em mutilações e aqueles que acontecem com menores de dezoito anos.

- Acidente de trabalho fatal é aquele que leva a óbito imediatamente após sua ocorrência ou que venha a ocorrer posteriormente, a qualquer momento, em ambiente hospitalar ou não, desde que a causa básica, intermediária ou imediata da morte seja decorrente do acidente.

- Acidentes de trabalho com mutilações: é quando o acidente ocasiona lesão (poli traumatismos, amputações, esmagamentos, traumatismos crânio-encefálico, fratura de coluna, lesão de medula espinhal, trauma com lesões viscerais, eletrocussão, asfixia, queimaduras, perda de consciência e aborto) que resulte em internação hospitalar, a qual poderá levar à redução temporária ou permanente da capacidade para o trabalho.

- Acidentes do trabalho em crianças e adolescentes: é quando o acidente de trabalho acontece com pessoas menores de dezoito anos.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual	
	2 Agravo/doença ACIDENTE DE TRABALHO GRAVE	3 Data da Notificação Código (CID10) Y 96
	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
14 Escolaridade 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		13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado
15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe
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 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado
30 País (se residente fora do Brasil)		

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 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano		34 Local Onde Ocorreu o Acidente 1- Instalações do contratante 3- Instalações de terceiros 9 - Ignorado 2 - Via pública 4- Domicílio próprio
	Dados da Empresa Contratante		
	35 Registro/ CNPJ ou CPF		36 Nome da Empresa ou Empregador
	37 Atividade Econômica (CNAE)		38 UF
	39 Município		Código (IBGE)
	40 Distrito		41 Bairro
	42 Endereço		43 Número
	44 Ponto de Referência		45 (DDD) Telefone

Antecedentes Epidemiológicos	46 O Empregador é Empresa Terceirizada <input type="checkbox"/>			
	1- Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9- Ignorado			
	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		51 Horas Após o Início da Jornada	
	H (hora) M (minutos)		H (hora) M (minutos)	
	52 UF	53 Município de Ocorrência do Acidente	Código (IBGE)	54 Código da Causa do Acidente CID 10 (de V01 a Y98)
CID 10				
55 Tipo de Acidente		56 Houve Outros Trabalhadores Atingidos		57 Se Sim, Quantos
1- Típico 2- Trajeto 9- Ignorado		1- Sim 2- Não 9- Ignorado		

Dados do Atendimento Médico	58 Ocorreu Atendimento Médico? <input type="checkbox"/>			59 Data do Atendimento		60 UF
	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado					
	61 Município do Atendimento		Código (IBGE)	62 Nome da U. S de Atendimento		Código
	63 Partes do Corpo Atingidas		64 Diagnóstico da Lesão		65 Regime de Tratamento	
01- Olho	04- Tórax	07- Membro superior	10- Todo o corpo	CID 10		1- Hospitalar <input type="checkbox"/>
02- Cabeça	05- Abdome	08-Membro inferior	11- Outro			2- Ambulatorial
03- Pescoço	06- Mão	09- Pé	99- Ignorado			3- Ambos
						9- Ignorado

Conclusão	66 Evolução do Caso			<input type="checkbox"/>
	1 - Cura	4- Incapacidade total permanente	7- Outro	
2 - Incapacidade temporária		5- Óbito por acidente de trabalho grave	9 - Ignorado	
3- Incapacidade parcial		6-Óbito por outras causas		
67 Se Óbito, Data do Óbito		68 Foi Emitida a Comunicação de Acidente no Trabalho - CAT <input type="checkbox"/>		
		1 - Sim 2 - Não 3- Não se aplica 9 - Ignorado		

Informações complementares e observações

Descrição sumária de como ocorreu o acidente/ atividade/ causas/ condições/ objeto/ agentes que concorreram direta ou indiretamente para a ocorrência do acidente

Outras informações:

Investigador	Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde	
Nome		Função		Assinatura