

**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 <b>ACIDENTE DE TRABALHO</b>	3 Data da Notificação
	4 UF   5 Município de Notificação	6 Código (CID10) Y 96
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	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
13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- 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 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
15 Número do Cartão SUS	16 Nome da mãe	
Dados de Residência	17 UF   18 Município de Residência	19 Distrito
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)
	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

### 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	
	<b>Dados da Empresa Contratante</b>			
	35 Registro/ CNPJ ou CPF		36 Nome da Empresa ou Empregador	
37 Atividade Econômica (CNAE)		38 UF	39 Município	
40 Distrito		41 Bairro	42 Endereço	
43 Número	44 Ponto de Referência		45 (DDD) Telefone	

<b>Antecedentes Epidemiológicos</b>	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)				

<b>Dados do Acidente</b>	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)
<b>CID 10</b>				
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		

<b>Dados do Atendimento Médico</b>	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			<b>CID 10</b>		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

<b>Conclusão</b>	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 permanente		6-Óbito por outras causas	
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	

**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:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

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