

**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 Agravo/doença <b>ACIDENTE DE TRABALHO</b>		Código (CID10) Y 96	3 Data da Notificação
	4 UF	5 Município de Notificação			Código (IBGE)	
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)			Código	7 Data do Acidente	
Notificação Individual	8 Nome do Paciente				9 Data de Nascimento	
	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano		11 Sexo M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> I - Ignorado		12 Gestante 1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 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				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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/>					
	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		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	
	<input type="text"/> H (hora)	<input type="text"/> M (minutos)	<input type="text"/> H (hora)	<input type="text"/> 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 <input type="text"/>				
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		<input type="text"/>

Dados do Atendimento Médico	58 Ocorreu Atendimento Médico? <input type="checkbox"/>			59 Data do Atendimento		60 UF																						
	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			<input type="text"/>		<input type="text"/>																						
	61 Município do Atendimento		Código (IBGE)	62 Nome da U. S de Atendimento		Código																						
	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>																						
63 Partes do Corpo Atingidas				64 Diagnóstico da Lesão		65 Regime de Tratamento																						
<table border="0"> <tr> <td>01- Olho</td> <td>04- Tórax</td> <td>07- Membro superior</td> <td>10- Todo o corpo</td> <td><input type="text"/></td> <td colspan="2" rowspan="4">CID 10</td> <td rowspan="4">           1- Hospitalar <input type="checkbox"/>            2- Ambulatorial            3- Ambos            9- Ignorado         </td> </tr> <tr> <td>02- Cabeça</td> <td>05- Abdome</td> <td>08-Membro inferior</td> <td>11- Outro</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>03- Pescoço</td> <td>06- Mão</td> <td>09- Pé</td> <td>99- Ignorado</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>				01- Olho	04- Tórax	07- Membro superior	10- Todo o corpo	<input type="text"/>	CID 10		1- Hospitalar <input type="checkbox"/> 2- Ambulatorial 3- Ambos 9- Ignorado	02- Cabeça	05- Abdome	08-Membro inferior	11- Outro	<input type="text"/>	03- Pescoço	06- Mão	09- Pé	99- Ignorado	<input type="text"/>					<input type="text"/>		
01- Olho	04- Tórax	07- Membro superior	10- Todo o corpo	<input type="text"/>	CID 10		1- Hospitalar <input type="checkbox"/> 2- Ambulatorial 3- Ambos 9- Ignorado																					
02- Cabeça	05- Abdome	08-Membro inferior	11- Outro	<input type="text"/>																								
03- Pescoço	06- Mão	09- Pé	99- Ignorado	<input type="text"/>																								
				<input type="text"/>																								

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 permanente		6-Óbito por outras causas				
67 Se Óbito, Data do Óbito			68 Foi Emitida a Comunicação de Acidente no Trabalho - CAT			<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>			1 - Sim 2 - Não 3- Não se aplica 9 - Ignorado			<input type="text"/>

### 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
	<input type="text"/>		<input type="text"/>
Nome		Função	Assinatura
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>