



DEFINIÇÃO DE CASO: DO 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		CÓDIGO (CID 10)	3 DATA DA NOTIFICAÇÃO
	ACIDENTE DE TRABALHO		Y 96	
	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	11 SEXO	12 GESTANTE	13 RAÇA / COR
	1 - HORA 2 - DIA 3 - MÊS 4 - ANO	M - MASCULINO F - FEMININO I - IGNORADO	1 - 1º TRIMESTRE 2 - 2º TRIMESTRE 4 - IDADE GESTACIONAL IGNORADA 6 - NÃO SE APLICA	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 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				
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 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 99 - IGNORADO			
	33 TEMPO DE TRABALHO NA OCUPAÇÃO		34 LOCAL ONDE OCORREU O ACIDENTE	
	1 - HORA 3 - MÊS 2 - DIA 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 / 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? 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 H (HORA) M (MINUTOS)		51 HORAS APÓS O INÍCIO DA JORNADA 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 1 – TÍPICO 2 – TRAJETO 9 – IGNORADO		56 HOUVE OUTROS TRABALHADORES ATINGIDOS? 1 – SIM 2 – NÃO 9 – IGNORADO		57 SE SIM, QUANTOS?
DADOS DO ATENDIMENTO MÉDICO	58 OCORREU ATENDIMENTO MÉDICO? 1 – SIM 2 – NÃO 9 – IGNORADO		59 DATA DO ATENDIMENTO		60 UF
	61 MUNICÍPIO DO ATENDIMENTO				
	CÓDIGO (IBGE)	62 NOME DA UNIDADE DE SAÚDE 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		64 DIAGNÓSTICO DA LESÃO CID 10		65 REGIME DE TRATAMENTO 1 - HOSPITALAR 2 – AMBULATORIAL 3 - AMBOS 9 - IGNORADO
CONCLUSÃO	66 EVOLUÇÃO DO CASO 1 – CURA 2 – INCAPACIDADE TEMPORÁRIA 3 - INCAPACIDADE PARCIAL PERMANENTE		4 – INCAPACIDADE TOTAL PERMANENTE		7 – OUTRO
	57 SE ÓBITO, DATA		58 FOI EMITIDA A COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DO 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					
INVESTIGADOR	MUNICÍPIO		UNIDADE DE SAÚDE		CÓDIGO DA UNIDADE DE SAÚDE
	NOME			FUNÇÃO	
	DATA	ASSINATURA			