



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	Agravado/doença		ACIDENTE DE TRABALHO GRAVE								
		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 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										
	15	Número do Cartão SUS			16			Nome da mãe				
	17	UF	18	Município de Residência	Código (IBGE)		19	Distrito				
Dados de Residência	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		Pais (se residente fora do Brasil)			
					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			34			Local Onde Ocorreu o Acidente				
		1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano				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
 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 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? 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

01- Olho	04- Tórax	07- Membro superior	10- Todo o corpo	<input type="checkbox"/>
02- Cabeça	05- Abdome	08-Membro inferior	11- Outro	<input type="checkbox"/>
03- Pescoço	06- Mão	09- Pé	99- Ignorado	<input type="checkbox"/>

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
4- Incapacidade total permanente
5- Óbito por acidente de trabalho grave
6-Óbito por outras causas
7- Outro
9 - Ignorado

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:

Investigador

Município/Unidade de Saúde Cód. da Unid. de Saúde

Nome Função Assinatura