

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	Código (CID10)	3	Data da Notificação	
	ACIDENTE DE TRABALHO GRAVE		Y 96			
	4	UF	5	Município de Notificação	Código (IBGE)	
6		Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7		Data do Acidente

ANEXO IV

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	13		Raça/Cor
14		Escolaridade	1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9- Ignorado		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,...)	22		Número
	23		Complemento (apto., casa, ...)	24		Geo campo 1
	25		Geo campo 2	26		Ponto de Referência
27		CEP				

Dados Complementares do Caso

Antecedentes Epidemiológicos	31	Ocupação				
	32	Situação no Mercado de Trabalho	<input type="checkbox"/> <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	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		<input type="checkbox"/>		
Dados da Empresa Contratante						
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	

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	54 Código da Causa do Acidente CID 10 (de V01 a Y98)	
Código (IBGE)		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		62 Nome da U. S de Atendimento		Código	
	Código (IBGE)					
63 Partes do Corpo Atingidas			64 Diagnóstico da Lesão		65 Regime de Tratamento	
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			CID 10		1- Hospitalar <input type="checkbox"/> 2- Ambulatorial 3- Ambos 9- Ignorado	

Conclusão	66 Evolução do Caso					
	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			
			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		Assinatura	
Função				