

Definição de caso: São considerados acidentes de trabalho aqueles que ocorram no exercício da atividade laboral, ou no percurso de casa para o trabalho e vice-versa (acidentes de trajeto), podendo o trabalhador estar inserido tanto no mercado formal quanto no informal de 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 quando o acidente resulta em óbito imediatamente ou até 12 horas após sua ocorrência.

*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 de 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	Código (CID10)	3 Data da Notificação	
	ACIDENTE DE TRABALHO GRAVE		Y 96	
Notificação Individual	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)	
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7 Data do Acidente
	8 Nome do Paciente		9 Data de Nascimento	
Dados de Residência	10 (ou) Idade	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante	
	14 Escolaridade	13 Raça/Cor		
	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	<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		
	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			
46 O Empregador é Empresa Terceirizada					
1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9 - Ignorado					

Antecedentes Epidemiológicos	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	

Dados do Atendimento Médico	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
	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 U. S de Atendimento	Código

Conclusão	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
	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