

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	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 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	
	14 Escolaridade				
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	30 País (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	
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	
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 U. S 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	
	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				

Conclusão	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