

**PMSP - SMS
SIVAT**

**Ficha de Notificação de
ACIDENTES DO TRABALHO**

n°

Dados do Acidentado

1	Data da Notificação	2	Fonte de Informação	Código	Nº da Ocorrência
3	Nome do Acidentado	4	Data de Nascimento	5	Sexo M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/>
6	Raça/Cor 1-Branca 2- Preta <input type="checkbox"/> 3- Amarela 4- Parda 5- Indígena	7	Escolaridade (em anos de estudo concluídos) 1-Nenhuma 2- De 1 a 3 <input type="checkbox"/> 3- De 4 a 7 4- De 8 a 11 5- Mais de 12	8	Situação Ocupacional 1-Autônomo/conta própria 2-Estatutário <input type="checkbox"/> 3-Empregado registrado 4-Empregado não registrado 5-Cooperativado 8-Outros

Dados de Residência

9	Número do Cartão SUS	10	Nome da Mãe				
11	Endereço (rua, avenida,...)	12	Número	13	Complemento apto, casa,...)		
14	Bairro / Distrito	15	Município	16	CEP	17	Telefone

Dados da Empresa Empregadora

18	Razão Social	19	CNPJ				
20	Endereço (rua, avenida,...)	21	Número	22	Complemento apto, casa,...)		
23	Bairro / Distrito	24	Município	25	CEP	26	Telefone
27	O que a empresa faz	CNAE					
28	Data do Acidente	29	Local do Acidente 1- Via pública 2- instalações do empregador <input type="checkbox"/> 3-Instalações de terceiros				

Dados do Local do Acidente

Se o acidente ocorreu em instalações de terceiros, preencher os campos 30,31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39.

30	Razão Social	31	CNPJ				
32	Endereço (rua, avenida,...)	33	Número	34	Complemento apto, casa,...)		
35	Bairro / Distrito	36	Município	37	CEP	38	Telefone
39	O que a empresa faz	CNAE					

Dados do Acidente

40	Descrição do Acidente	Causa externa				
41	Máquina / Ferramenta Causadora do Acidente	Código	42	Se foi a óbito, Data	43	Afastamento do Trabalho Dias
44	Diagnóstico 1	CID 10				
45	Diagnóstico 2	CID 10				

Nome Legível do Responsável Pelo Preenchimento