



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 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   |   | Código (CID10)   | 3 Data da Notificação |
|                         | ACIDENTE DE TRABALHO GRAVE  |   | Y 96   |                       |
| Dados de Residência     | 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   |                       |
| Notificação Individual  | 10 (ou) Idade   | 11 Sexo                                       | 12 Gestante  |                       |
|                         | 1 - Hora<br>2 - Dia<br>3 - Mês<br>4 - Ano   | M - Masculino<br>F - Feminino<br>I - Ignorado | 1 - 1º Trimestre 2 - 2º Trimestre 3 - 3º Trimestre<br>4 - Idade gestacional ignorada 5 - Não 6 - Não se aplica |                       |
|                         | 14 Escolaridade   | 13 Raça/Cor                                   |  |                       |
|                         | 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau)<br>4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau)<br>7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica |   |  |                       |
| 15 Número do Cartão SUS |   | 16 Nome da mãe                                |  |                       |
| Dados de Residência     | 17 UF   | 18 Município de Residência                    |  | Código (IBGE)         |
|                         | 20 Bairro   |   | 21 Logradouro (rua, avenida,...)   |                       |
|                         | 22 Número   |   | 23 Complemento (apto., casa, ...)  |                       |
|                         | 25 Geo campo 2  |   | 26 Ponto de Referência   |                       |
|                         | 28 (DDD) Telefone   |   | 29 Zona  |                       |
|                         |   |   | 1 - Urbana 2 - Rural<br>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              |   |                                 |  |
|  | 01 - Empregado registrado com carteira assinada |   | 05 - Servidor público celetista |  |
|  | 02 - Empregado não registrado                   |   | 06 - Aposentado                 |  |
|  | 03 - Autônomo/ conta própria                    |   | 07 - Desempregado               |  |
|  | 04 - Servidor público estatutário               |   | 08 - Trabalho temporário        |  |
| 09 - Cooperativado                             |   | 99 - Ignorado   |                                 |  |
| 10 - Trabalhador avulso                        |   | 11 - Empregador   |                                 |  |
| 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<br>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 | 51 Horas Após o Início da Jornada       |                    |  |
|                   | 52 UF               | 53 Município de Ocorrência do Acidente  | Código (IBGE)      | 54 Código da Causa do Acidente CID 10 (de V01 a Y98) |
|                   | 55 Tipo de Acidente | 56 Houve Outros Trabalhadores Atingidos | 57 Se Sim, Quantos |  |

|                             |                                |                         |                                |        |
|-----------------------------|--------------------------------|-------------------------|--------------------------------|--------|
| Dados do Atendimento Médico | 58 Ocorreu Atendimento Médico? | 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   | 64 Diagnóstico da Lesão | 65 Regime de Tratamento        |        |

|           |                            |
|-----------|----------------------------|
| Conclusão | 66 Evolução do Caso        |
|           | 67 Se Óbito, Data do Óbito |

**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                 |