

Definição de caso: acidentes que ocorrem no exercício da atividade laboral, ou no percurso de casa para o trabalho e vice-versa, podendo o trabalhador estar inserido tanto no mercado formal quanto no informal de trabalho. São eventos agudos, podendo ocasionar morte ou lesão, a qual poderá levar à redução temporária ou permanente da capacidade para o trabalho.
São considerados acidentes graves: os acidentes de trabalho que resultem em morte, politraumatismos, amputações, esmagamentos, traumatismos crânio-encefálico, fratura de coluna, lesão de medula espinhal, trauma com lesões viscerais, eletrocução, asfixia, queimaduras que resultem na internação do trabalhador e todo tipo de acidente que tenha acontecido com trabalhadores menores de dezoito anos. **Os acidentes graves deverão ser comunicados à COVISA por meio de fluxo rápido.**

Dados Gerais	1 Tipo de notificação	2 individual		3 Data da notificação		
	2 Agravado/doença ACIDENTE DE TRABALHO			Código (CID10) Y 96	3 Data da notificação	
	4 UF	5 Município de notificação		Código (IBGE)		
Notificação Individual	6 Unidade de saúde (ou outra fonte notificadora)			Código	7 Data do acidente	
	8 Nome do paciente				9 Data de nascimento	
	10 (ou) Idade em anos	11 Sexo	M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante	13 Raça/Cor	
14 Escolaridade						
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 a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 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) 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)	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 <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana 9 - Ignorado		

Dados Complementares do Caso

Antecedentes Epidemiológicos	31 Ocupação					
	32 Situação no mercado de trabalho					
	01- Empregado registrado com carteira assinada		04- Servidor público estatutário		09 - Cooperativado	
	02 - Empregado não registrado		05 - Servidor público celetista		10- Trabalhador avulso	
	03- Autônomo/ conta própria		08 - Trabalho temporário		11- Empregador	
	09 - Ignorado					
33 Tempo de trabalho na ocupação			34 Local onde ocorreu o acidente			
1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano			1- Instalações do empregador 3- Instalações de terceiros 9 - Ignorado 2 - Via pública 4- Domicílio próprio			
Dados da empresa contratante (empregadora)						
35 Registro / CNPJ ou CPF			36 Nome da empresa ou empregador			
37 O que a empresa faz (CNAE)			Código CNAE	38 UF	39 Município	
40 Distrito / bairro			42 Endereço (logradouro)			
43 Número		44 Complemento e ponto de referência		CEP	45 (DDD) Telefone	
46 O empregador é empresa terceirizada?						
1- Sim 2 - Não 9- Ignorado						

Antecedentes Epidemiológicos	47	Se emp terceirizada, o que a empresa principal (onde prestava serviço) faz (CNAE)	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		
			Código (IBGE)	54	Código da causa do acidente CID 10 (causa externa)	
					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?	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 atingida	64	Diagnóstico da lesão		CID 10
		01-Olho 02-Cabeça 03-Pescoço 04-Tórax 05-Abdome 06-Mão 07-Membrosuperior 08-Membroinferior 09-Pé 10-Todoocorpo 11-Outro 99-Ignorado				

Conclusão	65	Regime de tratamento	66	Evolução do caso	
		1- Hospitalar 2- Ambulatorial 3- Ambos 9- Ignorado		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 CAT	69
			1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		

Informações complementares e observações

Descrição sumária de como ocorreu o acidente/ atividade/ causas/ condições/ 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			