

## Notificação de Suspeita e Doença Relacionada ao Trabalho.

**Definição de caso:** Considera-se caso quando houver suspeita de que o trabalho ou as condições em que é realizado sejam fatores de risco à saúde, constituindo-se como causa necessária ou contributiva ou ainda agravante de doenças decorrentes de exposição dos trabalhadores a múltiplos fatores de risco em que as condições de trabalho possam aumentar a probabilidade de sua ocorrência, provoquem distúrbio latente ou agravem doença já estabelecida. Podem ser demonstradas pela clínica, por exames complementares ou por nexos epidemiológico.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação		2 - Individual	
	2 Agravado/doença (Hipótese Diagnóstica)		3 Código (CID10)	4 Data dos Primeiros Sintomas
	5 Data da Notificação	6 UF	7 Município de Notificação	Código (IBGE)
	SIP		São Paulo	
Notificação Individual	8 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)			Código
	9 Nome do Paciente			10 Data de Nascimento
	11 (ou) Idade	12 Gênero	13 Gestante	14 Raça/Cor
	15 Escolaridade			
16 Número do Cartão SUS		17 Nome da mãe		
Dados de Residência	18 UF	19 Município de Residência	Código (IBGE)	20 SUVIS
	21 Distrito Administrativo		22 Logradouro (rua, avenida,...)	
	23 Número	24 Complemento (apto., casa, ...)		25 CEP
	26 Ponto de Referência			
27 (DDD) Telefone		28 Zona	29 País (se residente fora do Brasil)	
<b>Dados Complementares do Caso</b>				
30 Ocupação			31 Código - CBO	
32 Situação no Mercado de Trabalho			33 Tempo de Trabalho na Ocupação	
<b>Dados da Empresa Contratante</b>				
34 Nome do Empregador / Empresa Contratante			35 Registro/ CNPJ ou CPF	
36 O que o Empregador / Empresa Contratante faz?		37 Código CNAE	38 UF	39 Município
40 SUVIS	41 Distrito Administrativo	42 Endereço do empregador (Logradouro)		CEP
43 Número	44 Complemento e Ponto de Referência		45 (DDD) Telefone	
46 Geo campo 1		47 Geo campo 2		
48 O Empregador é Empresa Intermediária (Terceirizada, Quarteirizada, etc)?			Obs. Se 1, sim, preencher os campos 49 a 60.	
1- Sim 2 - Não 9- Ignorado				

