

**Definição de caso:** É a diminuição gradual da acuidade auditiva, decorrente da exposição continuada a níveis elevada de ruído no ambiente de trabalho.  
É sempre neurossensorial, irreversível e passível de não progressão uma vez cessada a exposição ao ruído.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual	2 Agravo/doença <b>DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO/ PAIR</b>		Código (CID10) H83.3	3 Data da Notificação	
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)			
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)			Código	7 Data do Diagnóstico	
Notificação Individual	8 Nome do Paciente				9 Data de Nascimento	
	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado		13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena	
	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 à 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 Geo campo 1		22 Geo campo 2	
	23 Logradouro (rua, avenida,...)				24 Número	
	25 Complemento (apto., casa, ...)		26 Ponto de Referência		27 CEP	
	28 (DDD) Telefone		29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 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 02 - Empregado não registrado 03- Autônomo/ conta própria 04- Servidor público estatutário			05 - Servidor público celetista 06- Aposentado 07- Desempregado 08 - Trabalho temporário			09 - Cooperativado 10- Trabalhador avulso 11- Empregador 12- Outros 99 - Ignorado			33 Tempo de Trabalho na Ocupação 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano		
	<b>Dados da Empresa Contratante</b>											
	34 Registro/ CNPJ ou CPF			35 Nome da Empresa ou Empregador								
	36 Atividade Econômica (CNAE)			37 UF	38 Município		Código (IBGE)					
	39 Distrito			40 Bairro		41 Endereço						
	42 Número		43 Ponto de Referência		44 (DDD) Telefone							
	45 O Empregador é Empresa Terceirizada 1- Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9- Ignorado											
46 Agravos Associadas 1- Sim 2- Não 9-Ignorado						<input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus <input type="checkbox"/> Hanseníase <input type="checkbox"/> Transtorno Mental <input type="checkbox"/> Tuberculose <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Outras: _____						
47 Tempo de Exposição ao Agente de Risco 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano						48 Regime de Tratamento 1- Hospitalar 2 - Ambulatorial						

