

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	Nº da ocorrência	
	2 Agravado/doença	ACIDENTE DE TRABALHO		Código (CID10) Y 96
	3 Data da notificação	Código (IBGE)		
Notificação Individual	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		
Dados de Residência	10 (ou) Idade em anos	11 Sexo M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> I - Ignorado	12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional ignorada 5-Não 6- Não se aplica <input type="checkbox"/> 9-Ignorado	
	13 Raça/Cor	1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena <input type="checkbox"/>		
	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 <input type="checkbox"/>		
Dados de Residência	15 Número do Cartão SUS	16 Nome da mãe		
	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 1 - Urbana 2 - Rural <input type="checkbox"/> 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 04- Servidor público estatutário 09 - Cooperativado 12- Outros <input type="checkbox"/> 02 - Empregado não registrado 05 - Servidor público celetista 10- Trabalhador avulso 99 - Ignorado <input type="checkbox"/> 03- Autônomo/ conta própria 08 - Trabalho temporário 11- Empregador 99 - Ignorado		
	33 Tempo de trabalho na ocupação	34 Local onde ocorreu o acidente 1- Instalações do empregador 3- Instalações de terceiros 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> 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		45 (DDD) Telefone	
46 O empregador é empresa terceirizada? 1- Sim 2 - Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/>				

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 H (hora) M (minutos) 51 Horas após o início da jornada 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 1- Típico 2- Trajeto 9- Ignorado 56 Houve outros trabalhadores atingidos 1- Sim 2- Não 9- Ignorado 57 Se sim, quantos

Dados do Atendimento Médico

58 Ocorreu atendimento médico? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado 59 Data do atendimento 60 UF

61 Município do atendimento Código (IBGE) 62 Nome da U. S. de atendimento Código

63 Partes do corpo atingida 01-Olho 04-Tórax 07-Membrosuperior 10-Todoocorpo 64 Diagnóstico da lesão CID 10

02-Cabeça 05-Abdome 08-Membroinferior 11-Outro

03-Pescoço 06-Mão 09-Pé 99-Ignorado

Conclusão

65 Regime de tratamento 1- Hospitalar 2- Ambulatorial 3- Ambos 9- Ignorado 66 Evolução do caso 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 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado 69 Máquina / ferramenta causadora do acidente

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 Função Assinatura