

SES:

(Periodicidade de notificação – Até 24 horas) N°

Campo de preenchimento do enfermeiro: O prazo de notificação no SINAN foi cumprido?

() Sim () Não

SINAN

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

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	ACIDENTE DE TRABALHO GRAVE		3 Data da Notificação
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (CID10) Y 96	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	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante
	13 Raça/Cor	14 Escolaridade	15 Número do Cartão SUS	16 Nome da mãe
	17 UF	18 Município de Residência	19 Distrito	20 Bairro
Dados de Residência	21 Logradouro (rua, avenida,...)	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)	31 Ocupação	32 Situação no Mercado de Trabalho
	33 Tempo de Trabalho na Ocupação	34 Local Onde Ocorreu o Acidente	35 Registro/ CNPJ ou CPF	36 Nome da Empresa ou Empregador

Dados Complementares do Caso

Antecedentes Epidemiológicos	32 Situação no Mercado de Trabalho	33 Tempo de Trabalho na Ocupação	34 Local Onde Ocorreu o Acidente
	35 Registro/ CNPJ ou CPF	36 Nome da Empresa ou Empregador	37 Atividade Econômica (CNAE)
	38 UF	39 Município	40 Distrito
	41 Bairro	42 Endereço	43 Número
	44 Ponto de Referência	45 (DDD) Telefone	46 O Empregador é Empresa Terceirizada
	47 (DDD) Telefone	48 (DDD) Telefone	49 O Empregador é Empresa Terceirizada

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 <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> H (hora) M (minutos) </div>		51 Horas Após o Início da Jornada <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> H (hora) M (minutos) </div>
	52 UF	53 Município de Ocorrência do Acidente	54 Código da Causa do Acidente CID 10 (de V01 a Y98) <div style="text-align: center;">CID 10</div>
	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		58 Ocorreu Atendimento Médico? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
Dados do Atendimento Médico	59 Data do Atendimento		60 UF
	61 Município do Atendimento	62 Nome da U. S de Atendimento	Código
	63 Partes do Corpo Atingidas 01- Olho 04- Tórax 07- Membro superior 10- Todo o corpo 02- Cabeça 05- Abdome 08-Membro inferior 11- Outro 03- Pescoço 06- Mão 09- Pé 99- Ignorado		64 Diagnóstico da Lesão <div style="text-align: center;">CID 10</div>
	65 Regime de Tratamento 1- Hospitalar 2- Ambulatorial 3- Ambos 9- Ignorado		
Conclusão	66 Evolução do Caso 1 - Cura 4- Incapacidade total permanente 7- Outro 2 - Incapacidade temporária 5- Óbito por acidente de trabalho grave 9 - Ignorado 3 - Incapacidade parcial 6-Óbito por outras causas		
	67 Se Óbito, Data do Óbito	68 Foi Emitida a Comunicação de Acidente no Trabalho - CAT 1 - Sim 2 - Não 3- Não se aplica 9 - Ignorado	

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	Assinatura

Acidente de Trabalho Grave

Sinan Net

SVS 27/09/2005

VISTORIA DO ENFERMEIRO: DATA _____ ASSINATURA _____