

**ACIDENTE DE TRABALHO GRAVE**  
**INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO**  
**FICHA DE INVESTIGAÇÃO – Sinan NET**

N.º - Anotar o número da notificação atribuído pela unidade de saúde para identificação do caso.

**CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

1. Este campo identifica o tipo de notificação, informação necessária à digitação. Não é necessário preenchê-lo.
2. Nome do agravo/doença ou código correspondente estabelecido pelo SINAN (CID 10) que está sendo notificado. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
3. Anotar a data da notificação: data de preenchimento da ficha de notificação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
4. Preencher com a sigla da Unidade Federada (UF) que realizou a notificação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
5. Preencher com o nome completo do município (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE) onde está localizada a unidade de saúde (ou outra fonte notificadora) que realizou a notificação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
6. Preencher com o nome completo (ou código correspondente ao Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES) da unidade de saúde (ou outra fonte notificadora) que realizou a notificação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
7. Anotar a data do diagnóstico ou da evidência laboratorial e/ou clínica da doença de acordo com a definição de caso vigente no momento da notificação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
8. Preencher com o nome completo do paciente (sem abreviações). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
9. Preencher com a data de nascimento do paciente (dia/mês/ano) de forma completa.
10. Anotar a idade do paciente somente se a data de nascimento for desconhecida (Ex. 20 dias = 20 D; 3 meses = 3 M; 26 anos = 26 A). Se o paciente não souber informar sua idade, anotar a idade aparente.  
OBS: Se a data de nascimento não for preenchida, a idade será **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
11. Informar o sexo do paciente (M= masculino, F= feminino e I= ignorado). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
12. Preencher com a idade gestacional da paciente, quando gestante. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO** quando sexo F = feminino (1= 1º Trimestre, 2= 2º Trimestre, 3= 3º Trimestre, 4= Idade gestacional ignorada, 5= Não, 6= Não se aplica, 9= Ignorado).
13. Preencher com o código correspondente à cor ou raça declarada pela pessoa: (1= Branca, 2= Preta, 3= Amarela (compreendo-se nesta categoria a pessoa que se declarou de raça amarela), 4= Parda (incluindo-se nesta categoria a pessoa que se declarou mulata, cabocla, cafuza, mameluca ou mestiça de preto com pessoa de outra cor ou raça), 5= indígena (considerando-se nesta categoria a pessoa que se declarou indígena ou índia).
14. Preencher com a série e grau que a pessoa está frequentando ou frequentou considerando a última série concluída com aprovação ou grau de instrução do paciente por ocasião da notificação. (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 ou 10= Não se aplica).
15. Preencher com o número do CARTÃO ÚNICO do Sistema Único de Saúde – SUS.
16. Preencher com o nome completo da mãe do paciente (sem abreviações).
17. Preencher com a sigla da Unidade Federada (UF) de residência do paciente. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
18. Anotar o nome do município (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE) da residência do paciente ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

19. Anotar o nome do distrito de residência do paciente.
20. Anotar o nome do bairro (ou código correspondente segundo cadastro do SINAN) de residência do paciente ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto.
21. Anotar o tipo (avenida, rua, travessa, etc) e nome completo ou código correspondente do logradouro da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto. Se o paciente for indígena anotar o nome da aldeia.
22. Anotar o número do logradouro da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto.
23. Anotar o complemento do logradouro (ex. Bloco B, apto 402, lote 25, casa 14, etc).
24. Caso esteja sendo utilizado o georreferenciamento, informar o local que foi adotado para o campo Geocampo1 (ex. Se o município esteja usando o Geocampo1 para informar a **quadra ou número**, nele deve ser informado o número da **quadra ou número**).
25. Caso esteja usando georreferenciamento, informar o local que foi adotado para o campo Geocampo2.
26. Anotar o ponto de referência para localização da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto (perto da padaria do João)
27. Anotar o código de endereçamento postal do logradouro (avenida, rua, travessa, etc) da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto.
28. Anotar DDD e telefone do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto.
29. Zona de residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto por ocasião da notificação (Ex. 1= área com características estritamente urbana, 2= área com características estritamente rural, 3= área rural com aglomeração populacional que se assemelha à uma área urbana).
30. Anotar o nome do país de residência quando o paciente notificado residir em outro país.
31. Identificar a ocupação, função desenvolvida pelo trabalhador na data do acidente. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
32. Identificar a situação no mercado de trabalho, conforme as alternativas apresentadas. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
33. Anotar o tempo de trabalho na ocupação
34. Identificar o local onde ocorreu o acidente. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
35. Anotar o numero de registro da empresa contratante- Código nacional de Pessoa Jurídica- CNPJ ou cadastro de Pessoa Física- CPF.
36. Anotar a razão social (nome) da empresa contratante. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
37. Anotar o ramo de atividade econômica conforme CNAE da empresa.
38. Anotar a unidade federada, o estado onde esta localizada a empresa.
39. Anotar o município onde esta localizada a empresa contratante. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
40. Anotar o distrito do município onde esta localizada a empresa contratante.
41. Anotar o bairro do município onde esta localizada a empresa contratante.
42. Anotar o endereço da empresa, rua, avenida....
43. Anotar o numero das instalações da empresa.
44. Anotar um ponto de referência para localização da empresa.
45. Anotar o telefone da empresa.
46. Identificar se a empresa contratante e empresa terceirizada. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
47. Anotar, se empresa terceirizada, qual a atividade econômica, ou CNAE, da empresa principal.
48. Anotar o numero de registro da empresa principal- Código nacional de Pessoa Jurídica- CNPJ.
49. Anotar a razão social (nome) da empresa principal.
50. Anotar o horário em que ocorreu o acidente.
51. Anotar o tempo após o início da jornada, em que ocorreu o acidente.
52. Anotar a unidade federada, aonde ocorreu o acidente.
53. 53-Anotar o município aonde ocorreu o acidente.
54. Anotar o código da causa do acidente, conforme CID 10, de V01 a Y98. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
55. Identificar o tipo de acidente.

56. Identificar se houve outros trabalhadores com atingidos no mesmo local de trabalho (1= sim, 2= não ou 9= ignorado).
57. Notar, se houve outros trabalhadores atingidos, quantos foram.
58. Identificar se houve atendimento médico ao trabalhador após o acidente (1= sim, 2= não ou 9= ignorado).
59. Em caso positivo de atendimento médico, anotar a data em que isso ocorreu.
60. Anotar a unidade federada aonde foi realizado o atendimento médico.
61. Anotar o município aonde foi realizado o atendimento médico.
62. Anotar o nome da Unidade de Saúde aonde foi realizado o atendimento médico.
- 63. Identificar as partes do corpo atingidas no acidente, conforme as alternativas apresentadas. CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
- 64. Anotar o diagnóstico específico da lesão, conforme o CID 10. CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
65. Identificar o regime de tratamento realizado.
66. Identificar qual foi a evolução do caso, conforme as alternativas apresentadas.
67. Identifique, se houve óbito, a data em que ocorreu.
68. Identifique se foi emitida a Comunicação de acidente do Trabalho para o INSS (1= sim, 2= não ou 9= ignorado). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

Utilize o espaço de observações para acrescentar quaisquer informações que julgar importante.

Identifique o município e a U.S.-Unidade de Saúde que realizou esta investigação.

Anote o código da U.S.

Identifique o nome de quem realizou esta investigação.

Identifique a função de quem realizou esta investigação.

O investigador deve assinar esta investigação.

.