

**MINISTÉRIO DA SAÚDE  
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA  
CENTRO DE INFORMAÇÕES ESTRATÉGICAS EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE  
GT-SINAN**

**SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO  
DICIONÁRIO DE DADOS – SINAN NET – **VERSÃO 5.0****

Nº de notificação e campos que correspondem aos campos de 1 a 30 dos blocos “Dados Gerais”, “Notificação Individual” e “Dados de residência” correspondem aos mesmos campos da ficha de notificação (ver dicionário de dados da ficha de notificação), **exceto a data de diagnóstico.**

**CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO** é aquele cuja ausência de dado impossibilita a inclusão da notificação ou da investigação no Sinan.  
**CAMPO ESSENCIAL** é aquele que, apesar de não ser obrigatório, registra dado necessário à investigação do caso ou ao cálculo de indicador epidemiológico ou operacional.

**AGRAVO: DRT ACIDENTE TRABALHO GRAVE**

Nome do campo	Campo	Tipo	Categoria	Descrição	Características	DBF
<b>31. Ocupação</b>	co_cbo_ocupacao	varchar2(6)		Ocupação do indivíduo que sofreu o agravo	<b>Campo Obrigatório</b>	ID_OCUPA_N
<b>32. Situação no mercado de trabalho</b>	tp_mercado_trabalho	varchar2(2)	01. Empregado registrado com carteira assinada 02. Empregado não registrado 03. Autônomo/conta própria 04. Servidor público estatutário 05. Servidor público	Situação de trabalho do indivíduo que sofreu o agravo	<b>Campo Essencial</b>	SIT_TRAB

			celetista 06. Aposentado 07. Desempregado 08. Trabalho temporário 09. Cooperativado 10. Trabalhador avulso 11. Empregador 12. Outros 99. Ignorado			
<b>33. Tempo de trabalho na ocupação</b>	nu_tempo_trabalho tp_tempo_trabalho	number(2)  varchar(1)	1 = (hora) 2 = (dias) 3 = (meses) 4 = (anos)	Informar o tempo trabalho na ocupação.		NUTEMPO  TPTEMPO
<b>34. Local onde ocorreu o acidente</b>	tp_local_acidente	varchar(1)	1 – Instalações do Contratante 2 – Via Pública 3 – Instalações de terceiros 4 – Domicílio próprio 9 – Ignorado		<b>Campo Obrigatório</b>	LOCAL_ACID
<b>35. Registro/CNPJ/CPF</b>	nu_cnpj_cpf	varchar2(18)		Número de registro/ CNPJ ou CPF do contratante		NUCNPJ_CPF
<b>36. Nome da empresa ou empregador</b>	no_empresa	varchar2(70)				NOEMPRESA
<b>37. Código da atividade Econômica(CNAE)</b>	co_cnae	varchar2(10)		Classificação Nacional da Atividade Econômica do Contratante	<b>Campo Essencial</b>	<b>CNAE</b>
<b>38. UF</b>	co_uf_empresa	varchar2(2)		Unidade da Federação da empresa contratante	<b>Campo Essencial</b>	<b>UF_EMP</b>
<b>39. Município</b>	co_municipio_empresa	varchar2(6)	Código (IBGE)	Município da empresa Contratante	<b>Campo Essencial</b>	<b>MUN_EMP</b>

<b>40. Distrito</b>	co_distrito_empresa no_distrito_empresa	varchar2(9)		Distrito da Empresa Contratante	<b>Campo Essencial</b>	<b>DIS_EMP</b>
<b>41. Bairro</b>	co_bairro_empresa no_bairro_empresa	varchar(8)  varchar2(60)	Código (IBGE)	Bairro da Empresa Contratante	<b>Campo Essencial</b>	<b>COBAIEMP</b>  <b>NOBAIEMP</b>
<b>42. Endereço</b>	co_endereco_empresa no_endereco_empresa	varchar2(60)		Endereço da Empresa Contratante	<b>Campo Essencial</b>	<b>END_EMP</b>
<b>43. Número</b>	nu_numero_empresa	varchar2(6)		Número do lote da Empresa Contratante		<b>NU_EMP</b>
<b>44. Ponto de Referência</b>	no_referencia_empresa	varchar2(70)		Ponto de referência da empresa contratante		<b>REF_EMP</b>
<b>45. (DDD) Telefone</b>	nu_ddd_empresa nu_telefone_empresa	varchar2(3)  varchar2(8)		DDD e Telefone da Empresa Contratante		<b>DDD_EMP</b>  <b>FONE_EMP</b>
<b>46. O empregador é empresa Terceirizada</b>	tp_empresa_terceirizada	varchar2(1)	01- Sim 02- Não 03- Não se aplica 09- Ignorado	O empregador é de alguma empresa terceirizada	Se preenchimento = 2, 3 ou 9 , pular para campo 50 – Hora do acidente	<b>TERCEIRIZA</b>

<b>47. Se empresa terceirizada, Qual o CNAE da empresa terceirizada</b>	co_cnae_principal	vchar2(10)			Habilitar se campo 46 - O empregador é empresa terceirizada = 1	<b>CNAE_PRIN</b>
<b>48. CNPJ da empresa principal</b>	nu_cnpj_principal	vchar2(18)			Habilitar se campo 46 - O empregador é empresa terceirizada = 1	<b>CNPJ_PRIN</b>
<b>49. Razão social (Nome da Empresa)</b>	no_razao_social_principal	vchar2(70)			Habilitar se campo 46 - O empregador é empresa terceirizada = 1	<b>NOME_PRIN</b>
<b>50. Hora do Acidente</b>	nu_hr_acidente	vchar2(2)	H (Hora)		<b>Campo Essencial</b>	<b>HORA_ACID</b>
<b>50. Minutos do Acidente</b>	nu_minuto_acidente	vchar2(2)	M (Minutos)		<b>Campo Essencial</b>	<b>MIN_ACID</b>
<b>51. Horas após início da jornada</b>	nu_hr_inicio_jornada	vchar2(2)	H (Hora)		<b>Campo Essencial</b>	<b>HORA_JOR</b>
<b>51. Minutos após início da jornada</b>	nu_minuto_inicio_jornada	vchar2(2)	M (Minutos)		<b>Campo Essencial</b>	<b>MIN_JOR</b>
<b>52. UF</b>	co_uf_acidente	vchar2(2)		Unidade Federativa do local do acidente	<b>Campo Essencial</b>	<b>UF_ACID</b>
<b>53. Município de ocorrência do acidente</b>	co_municipio_acidente	vchar2(6)		Município onde ocorreu o acidente	<b>Campo Essencial</b>	<b>MUN_ACID</b>
<b>54. Código da Causa do Acidente CID 10 (de V01 a Y98) CID 10</b>	co_cid_causa_acidente	vchar2(4)			<b>Campo obrigatório</b>	<b>CID_ACID</b>
<b>55. Tipo de Acidente</b>	tp_acidente	vchar2(1)	1 – Típico 2 – Trajeto 9 – Ignorado	1- Típico – Se refere à atividade específica realizada no trabalho 2- Trajeto - Se refere a acidente ocorrido no trajeto do trabalho	<b>Campo Essencial</b>	<b>TIPO_ACID</b>
<b>56. Houve Outros Trabalhadores Atingidos?</b>	st_trabalhador_atingido_outro	vchar2(1)	1 – Sim 2 – Não 9 – Ignorado		<b>Campo Essencial</b>	<b>MAIS_TRAB</b>
<b>57. Se Sim, Quantos</b>	nu_trabalhador_atingido	vchar2(3)				<b>NU_TRAB</b>
<b>58. Ocorreu Atendimento Médico ?</b>	st_atendimento	vchar2(1)	1 – Sim 2 – Não 9 – Ignorado		<b>Campo Essencial</b> Se campo= 2 ou 9, pular	<b>ATENDE_MED</b>

					para campo 63 Partes do corpo atingida	
<b>59. Data do Atendimento</b>	dt_atendimento	date			<b>Campo Essencial</b> Habilitar se campo 58 Ocorreu Atendimento Médico ? =1(sim)	<b>DT_ATENDE</b>
<b>60. UF</b>	co_uf_atendimento	varchar2(2)		Unidade Federativa do local do atendimento	<b>Campo Essencial</b> Habilitar se campo 58 Ocorreu Atendimento Médico ? =1(sim)	<b>UF_ATENDE</b>
<b>61. Município do Atendimento</b>	co_municipio_atendimento	varchar2(6)			<b>Campo Essencial</b> Habilitar se campo 58 Ocorreu Atendimento Médico ? =1(sim)	<b>MUN_ATENDE</b>
<b>62. Nome da Unidade de Saúde de Atendimento</b>	co_unidade_atendimento	varchar(7)			<b>Campo Essencial</b> Habilitar se campo 58 Ocorreu Atendimento Médico ? =1(sim)	<b>UNI_ATENDE</b>
<b>63. Partes do corpo atingida 1</b>	tp_parte_corpo_1	varchar2(2)	01- Olho 02- Cabeça 03- Pescoço 04- Tórax 05- Abdome 06- Mão 07- Membro superior 08- Membro inferior 09- Pé 10- Todo o corpo 11- Outro 99- Ignorado	Parte do corpo atingida no acidente – 1	<b>Campo obrigatório</b>	<b>PART_CORP1</b>
<b>63. Partes do Corpo Atingida 2</b>	tp_parte_corpo_2	varchar2(2)	01-Olho 02-Cabeça 03-Pescoço		<b>Campo Essencial</b>	<b>PART_CORP2</b>

			04-Tórax 05-Abdome 06-Mão 07-Membro superior 08-Membro inferior 09-Pé 10-Todo o corpo 11-Outro 99- Ignorado			
<b>63. Partes do Corpo Atingida 3</b>	tp_parte_corpo_3	varchar2(2)	01-Olho 02-Cabeça 03-Pescoço 04-Tórax 05-Abdome 06-Mão 07-Membro superior 08-Membro inferior 09-Pé 10-Todo o corpo 11-Outro 99- Ignorado		<b>Campo Essencial</b>	<b>PART_CORP3</b>
<b>64. Diagnóstico da lesão CID 10</b>	co_cid_lesao	varchar2(4)			<b>Campo obrigatório</b>	<b>CID_LESAO</b>
<b>65. Regime de Tratamento</b>	tp_regime_tratamento	varchar2(1)	1 – Hospitalar 2 – Ambulatório 3 – Ambos 9 – Ignorado		<b>Campo Essencial</b>	<b>REGIME</b>
<b>66. Evolução do caso</b>	tp_evolucao_caso	varchar2(1)	1 – Cura 2 – Incapacidade temporária 3 – Incapacidade parcial permanente 4 – Incapacidade total permanente 5 – Óbito por acidente de trabalho grave 6 – Óbito por outras		<b>Campo Essencial</b>  Se campo <> 5 ou 6, pular para campo 68 (Foi emitida a Comunicação de Acidente no Trabalho – CAT).	<b>EVOLUCAO</b>

			causas 7- Outro 9 – Ignorado			
<b>67. Se Óbito, Data do Óbito</b>	dt_obito	date			<b>Campo Essencial</b>  Habilitado se campo 66 (Evolução do caso)= 5(óbito por acidente de trabalho grave) ou 6(Óbito por outras causas).  Data de Óbito deve ser maior ou igual à Data do Acidente	DT_OBITO
<b>68. Foi emitida a Comunicação de Acidente no Trabalho - CAT</b>	tp_comunicacao	varchar2(1)	1 – Sim 2 – Não 3 – Não se aplica 9 – Ignorado		<b>Campo Obrigatório</b>	<b>CAT</b>
<b>Informações complementares e observações</b>	ds_observacao_acidente	varchar2(255)		Informações complementares e observações Descrição sumária de como ocorreu o acidente/atividades/causas/Condições/objeto/agentes que concorreram direta ou indiretamente para a ocorrência do acidente		DS_OBS