

# Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora no Município de São Paulo



## Notificação de Doenças Relacionadas ao Trabalho DRT

Área Técnica de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora

Secretaria Municipal da Saúde - SMS





# A Política de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora Município de São Paulo e Plano Municipal 2014/2017

Notificação como estratégia para valorização da saúde do trabalhador e da trabalhadora. Campanha:

## **Profissional de Saúde Notifique!**

- a) Intensificar a notificação de Acidente de Trabalho- AT, AT com exposição a material biológico e intoxicação exógena relacionada ao trabalho.
- b) b)Notificação de Suspeita de Doenças Relacionadas ao Trabalho -DRT e de casos confirmados.

# **Profissional de Saúde Notifique!**

Município de São Paulo Saúde do Trabalhador:

## **Notificação Universal**

**Acidentes de Trabalho - AT**

**AT com Exposição Material Biológico - AT EMB**

**Intoxicação Exógena**

**Doenças Relacionadas ao Trabalho - DRT**

**Suspeitas de Doenças Relacionadas ao Trabalho -  
Suspeita DRT**

**Página de Saúde do Trabalhador no Portal da PMSP**

[www.prefeitura.sp.gov.br/saude/strabalhador](http://www.prefeitura.sp.gov.br/saude/strabalhador)



# Notificações em Saúde do Trabalhador - AT

Implantadas notificações

**Acidente de Trabalho – Ficha de investigação epidemiológica - FIE AT** Municipal/SINAN.

Notificam todos serviços de saúde, todos os AT, incluindo: *<18 anos, fatais, com mutilações e não graves.*

**Acidente com Exposição a Material Biológico - FIE AT EMB** - SINAN. Notificam todos serviços de saúde.

Assistência imediata: PS/Hospital Regional em fase de capacitação.

**Página de Saúde do Trabalhador - Portal PMSP**

[www.prefeitura.sp.gov.br/saude/strabalhador](http://www.prefeitura.sp.gov.br/saude/strabalhador)





Definição de caso: Acidentes envolvendo sangue e outros fluidos orgânicos ocorridos com os profissionais da área de saúde durante o desenvolvimento do seu trabalho, onde os mesmos estão expostos a materiais biológicos potencialmente contaminados.  
Os ferimentos com agulhas e material perfuro cortante em geral são considerados extremamente perigosos por serem potencialmente capazes de transmitir mais de 20 tipos de patógenos diferentes, sendo o vírus da imunodeficiência humana (HIV), o da hepatite B (HBV) e o da hepatite C (HCV) os agentes infecciosos mais comumente envolvidos.

|                        |                                                         |                            |                                        |  |
|------------------------|---------------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------------------|--|
| Dados Gerais           | 1 Tipo de Notificação                                   |                            | 2 - Individual                         |  |
|                        | 2 Agravado(a)                                           |                            |                                        |  |
| Notificação Individual | 3 Código (CID10)                                        |                            | 4 Data da Notificação                  |  |
|                        | ACIDENTE DE TRABALHO COM EXPOSIÇÃO À MATERIAL BIOLÓGICO |                            | Z20.9                                  |  |
| Dados de Residência    | 5 UF                                                    | 6 Município de Notificação | 7 Código (IBGE)                        |  |
|                        | 8 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)        |                            | 9 Código                               |  |
| Dados de Residência    | 10 Nome do Paciente                                     |                            | 11 Data de Nascimento                  |  |
|                        | 12 (ou) Idade                                           |                            | 13 Sexo                                |  |
| Dados de Residência    | 14 (ou) Idade                                           |                            | 15 Sexo                                |  |
|                        | 16 Nome da mãe                                          |                            | 17 UF                                  |  |
| Dados de Residência    | 18 Município de Residência                              |                            | 19 Código (IBGE)                       |  |
|                        | 20 Bairro                                               |                            | 21 Logradouro (rua, avenida,...)       |  |
| Dados de Residência    | 22 Número                                               |                            | 23 Complemento (apto., casa, ...)      |  |
|                        | 24 Geo campo 1                                          |                            | 25 Geo campo 2                         |  |
| Dados de Residência    | 26 Ponto de Referência                                  |                            | 27 CEP                                 |  |
|                        | 28 (DDD) Telefone                                       |                            | 29 Zona                                |  |
| Dados de Residência    | 30 País (se residente fora do Brasil)                   |                            | 31 Ocupação                            |  |
|                        | 32 Situação no Mercado de Trabalho                      |                            | 33 Tempo de Trabalho na Ocupação       |  |
| Dados de Residência    | 34 Registro CNPJ ou CPF                                 |                            | 35 Nome da Empresa ou Empregador       |  |
|                        | 36 Atividade Econômica (CNAE)                           |                            | 37 UF                                  |  |
| Dados de Residência    | 38 Distrito                                             |                            | 39 Bairro                              |  |
|                        | 40 Número                                               |                            | 41 Ponto de Referência                 |  |
| Dados de Residência    | 42 (DDD) Telefone                                       |                            | 43 O empregador é Empresa Terceirizada |  |
|                        | 44 O empregador é Empresa Terceirizada                  |                            | 45 O empregador é Empresa Terceirizada |  |

|                                                                  |                                                                      |  |                                                                      |  |                                                                      |  |                                                                                     |  |
|------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Tipo de Exposição                                                | 1-Sim 2-Não 9-Ignorado                                               |  | 3-Percutânea                                                         |  | 4-Pele íntegra                                                       |  | 5-Outros                                                                            |  |
|                                                                  | 6-Mucosa (oral/ocular)                                               |  | 7-Pele não íntegra                                                   |  | 8-Pele não íntegra                                                   |  | 9-Ignorado                                                                          |  |
| Material orgânico                                                | 1-Sangue                                                             |  | 2-Líquor                                                             |  | 3-Líquido pleural                                                    |  | 4-Líquido ascítico                                                                  |  |
|                                                                  | 5-Líquido amniótico                                                  |  | 6-Fluido com sangue                                                  |  | 7-Soro/plasma                                                        |  | 8-Outros                                                                            |  |
| Circunstância do Acidente                                        | 01 - Administ. de medicação endovenosa                               |  | 02 - Administ. de medicação intramuscular                            |  | 03 - Administ. de medicação subcutânea                               |  | 04 - Administ. de medicação intradérmica                                            |  |
|                                                                  | 05 - Punção venosa/arterial para coleta de sangue                    |  | 06 - Punção venosa/arterial não especificada                         |  | 07 - Descarte inadequado de material perfurocortante em saco de lixo |  | 08 - Descarte inadequado de material perfurocortante em bancada, cama, chão, etc... |  |
| Agente                                                           | 1-Aguilha com lúmen (luz)                                            |  | 2-Aguilha sem lúmen/mescla                                           |  | 3-Intracath                                                          |  | 4-Vidros                                                                            |  |
|                                                                  | 5-Lâmina/agulha (qualquer tipo)                                      |  | 6-Outros                                                             |  | 7-Ignorado                                                           |  | 8-Ignorado                                                                          |  |
| Uso de EPI (acela mais de uma opção)                             | 1-Sim 2-Não 9-Ignorado                                               |  | 3-Luva                                                               |  | 4-Avental                                                            |  | 5-Óculos                                                                            |  |
|                                                                  | 6-Máscara                                                            |  | 7-Proteção facial                                                    |  | 8-Bota                                                               |  | 9-Ignorado                                                                          |  |
| Situação vacinal do acidentado em relação à hepatite B (3 doses) | 1-Vacinado 2-Não vacinado 9-Ignorado                                 |  | 3-Positivo 4-Negativo 5-Inconclusivo 6-Não realizado 9-Ignorado      |  | 7-Positivo 8-Negativo 9-Inconclusivo 10-Não realizado 11-Ignorado    |  | 12-Positivo 13-Negativo 14-Inconclusivo 15-Não realizado 16-Ignorado                |  |
|                                                                  | 17-Positivo 18-Negativo 19-Inconclusivo 20-Não realizado 21-Ignorado |  | 22-Positivo 23-Negativo 24-Inconclusivo 25-Não realizado 26-Ignorado |  | 27-Positivo 28-Negativo 29-Inconclusivo 30-Não realizado 31-Ignorado |  | 32-Positivo 33-Negativo 34-Inconclusivo 35-Não realizado 36-Ignorado                |  |
| Dados do Paciente Fonte (no momento do acidente)                 | 1-Sim 2-Não 9-Ignorado                                               |  | 3-Positivo 4-Negativo 5-Inconclusivo 6-Não realizado 9-Ignorado      |  | 7-Positivo 8-Negativo 9-Inconclusivo 10-Não realizado 11-Ignorado    |  | 12-Positivo 13-Negativo 14-Inconclusivo 15-Não realizado 16-Ignorado                |  |
|                                                                  | 17-Positivo 18-Negativo 19-Inconclusivo 20-Não realizado 21-Ignorado |  | 22-Positivo 23-Negativo 24-Inconclusivo 25-Não realizado 26-Ignorado |  | 27-Positivo 28-Negativo 29-Inconclusivo 30-Não realizado 31-Ignorado |  | 32-Positivo 33-Negativo 34-Inconclusivo 35-Não realizado 36-Ignorado                |  |
| Condução no momento do acidente                                  | 1-Sim 2-Não 9-Ignorado                                               |  | 3-Sem indicação de quimioprofilaxia                                  |  | 4-AZT+3TC+Indinavir                                                  |  | 5-Vacina contra hepatite B                                                          |  |
|                                                                  | 6-Recusou quimioprofilaxia indicada                                  |  | 7-AZT+3TC+Nefinavir                                                  |  | 8-Imunoglobulina humana contra hepatite B (HBIG)                     |  | 9-Outro Esquema de ARV Especifique                                                  |  |
| Evolução do Caso                                                 | 1-Alta com conversão sorológica (Especificar vírus: _____)           |  | 2-Alta sem conversão sorológica                                      |  | 3-Alta paciente fonte negativo                                       |  | 4-Abandono                                                                          |  |
|                                                                  | 5-Óbito por acidente com exposição à material biológico              |  | 6-Óbito por Outra Causa                                              |  | 7-Ignorado                                                           |  | 8-Ignorado                                                                          |  |
| Se Óbito, Data                                                   | 1-Sim 2-Não 3-Não se aplica 9-Ignorado                               |  | 4-Foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho                  |  | 5-Sim 6-Não 7-Não se aplica 9-Ignorado                               |  | 8-Ignorado                                                                          |  |
|                                                                  | 9-Ignorado                                                           |  | 10-Ignorado                                                          |  | 11-Ignorado                                                          |  | 12-Ignorado                                                                         |  |
| Informações complementares e observações                         |                                                                      |  |                                                                      |  |                                                                      |  |                                                                                     |  |
| Município/Unidade de Saúde                                       |                                                                      |  |                                                                      |  |                                                                      |  |                                                                                     |  |
| Cód. da Unid. de Saúde                                           |                                                                      |  |                                                                      |  |                                                                      |  |                                                                                     |  |
| Nome                                                             |                                                                      |  |                                                                      |  |                                                                      |  |                                                                                     |  |
| Função                                                           |                                                                      |  |                                                                      |  |                                                                      |  |                                                                                     |  |
| Assinatura                                                       |                                                                      |  |                                                                      |  |                                                                      |  |                                                                                     |  |

# Caso ou Suspeita de Intoxicação Exógena

Implantado notificação

**Intoxicação Exógena Relacionada ao Trabalho** - aguda ou crônica - notificação na **Ficha de Intoxicação Exógena - FIE do SINAN**.

As suspeitas de intoxicação, além dos casos confirmados, também serão notificadas na **FIE-SINAN**, que tem **campo** para identificar a **relação com o trabalho**.

Página de Saúde do Trabalhador - Portal PMSP  
[www.prefeitura.sp.gov.br/saude/strabalhador](http://www.prefeitura.sp.gov.br/saude/strabalhador)



**Caso suspeito:** todo aquele indivíduo que, tendo sido exposto a substâncias químicas (agrotóxicos, medicamentos, produtos de uso doméstico, cosméticos e higiene pessoal, produtos químicos de uso industrial, drogas, plantas, alimentos e bebidas), apresente sinais e sintomas clínicos de intoxicação e/ou alterações laboratoriais provavelmente ou possivelmente compatíveis.

|                        |                                                  |                                   |
|------------------------|--------------------------------------------------|-----------------------------------|
| Dados Gerais           | 1 Tipo de Notificação                            | 2 Individual                      |
|                        | 2 Agravado(a)                                    | 3 Data da Notificação             |
| Dados de Residência    | 4 UF                                             | 5 Município de Notificação        |
|                        | 6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) | 7 Código (IBGE)                   |
| Notificação Individual | 8 Nome do Paciente                               | 9 Data dos Primeiros Sintomas     |
|                        | 10 (ou) Idade                                    | 11 Sexo                           |
| Dados de Residência    | 12 Distança                                      | 13 Data de Nascimento             |
|                        | 14 Escarificação                                 | 15 Número do Cartão SUS           |
| Dados de Residência    | 16 Nome da mãe                                   | 17 UF                             |
|                        | 18 Município de Residência                       | 19 Código (IBGE)                  |
| Dados de Residência    | 20 Bairro                                        | 21 Logradouro (rua, avenida, ...) |
|                        | 22 Número                                        | 23 Complemento (apto., casa, ...) |
| Dados de Residência    | 24 Geo campo 1                                   | 25 Geo campo 2                    |
|                        | 26 Ponto de Referência                           | 27 CEP                            |
| Dados de Residência    | 28 (DDD) Telefone                                | 29 Zona                           |
|                        | 30 País (se residente fora do Brasil)            | 31 Data de Investigação           |

|                              |                                              |                                                                  |
|------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| Antecedentes Epidemiológicos | 32 Ocupação                                  | 33 Situação no Mercado de Trabalho                               |
|                              | 34 Local de ocorrência da exposição          | 35 Nome do local/estabelecimento de ocorrência                   |
| Antecedentes Epidemiológicos | 36 Atividade Econômica (CNAE)                | 37 UF                                                            |
|                              | 38 Município do estabelecimento              | 39 Código (IBGE)                                                 |
| Antecedentes Epidemiológicos | 40 Bairro                                    | 41 Logradouro (rua, avenida, etc. - endereço do estabelecimento) |
|                              | 42 Número                                    | 43 Complemento (apto., casa, ...)                                |
| Antecedentes Epidemiológicos | 44 Ponto de Referência do estabelecimento    | 45 CEP                                                           |
|                              | 46 (DDD) Telefone                            | 47 Zona de exposição                                             |
| Antecedentes Epidemiológicos | 48 País (se estabelecimento fora do Brasil)  | 49 Data do óbito                                                 |
|                              | 50 Comunicação de Acidente de Trabalho - CAT | 51 Data do Encerramento                                          |

|                    |                                              |                                                                  |
|--------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| Dados de Exposição | 52 Ocupação                                  | 53 Situação no Mercado de Trabalho                               |
|                    | 54 Local de ocorrência da exposição          | 55 Nome do local/estabelecimento de ocorrência                   |
| Dados de Exposição | 56 Atividade Econômica (CNAE)                | 57 UF                                                            |
|                    | 58 Município do estabelecimento              | 59 Código (IBGE)                                                 |
| Dados de Exposição | 60 Bairro                                    | 61 Logradouro (rua, avenida, etc. - endereço do estabelecimento) |
|                    | 62 Número                                    | 63 Complemento (apto., casa, ...)                                |
| Dados de Exposição | 64 Ponto de Referência do estabelecimento    | 65 CEP                                                           |
|                    | 66 (DDD) Telefone                            | 67 Zona de exposição                                             |
| Dados de Exposição | 68 País (se estabelecimento fora do Brasil)  | 69 Data do óbito                                                 |
|                    | 70 Comunicação de Acidente de Trabalho - CAT | 71 Data do Encerramento                                          |

|                                                                 |                                      |                            |                                 |                                 |
|-----------------------------------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| Grupo do agente tóxico/Classificação geral                      | 01 Medicamento                       | 02 Agrotóxico/uso agrícola | 03 Agrotóxico/uso doméstico     | 04 Agrotóxico/uso saúde pública |
|                                                                 | 05 Ratoeira                          | 06 Produto veterinário     | 07 Produto de uso Doméstico     | 08 Cosmético/higiene pessoal    |
| Grupo do agente tóxico/Classificação geral                      | 09 Produto químico de uso industrial | 10 Metal                   | 11 Drogas de abuso              | 12 Planta tóxica                |
|                                                                 | 13 Alimento e bebida                 | 14 Outro                   | 99 Ignorado                     |                                 |
| Agente tóxico (informar até três agentes)                       | Nome Comercial/popular               | Princípio Ativo            |                                 |                                 |
|                                                                 | 1 -                                  | 1 -                        |                                 |                                 |
| Agente tóxico (informar até três agentes)                       | 2 -                                  | 2 -                        |                                 |                                 |
|                                                                 | 3 -                                  | 3 -                        |                                 |                                 |
| Se agrotóxico, qual a finalidade da utilização                  | 1 Inseticida                         | 2 Herbicida                | 3 Fungicida                     | 4 Ratoeira                      |
|                                                                 | 5 Fungicida                          | 6 Preservante para madeira | 7 Outro                         | 8 Não se aplica                 |
| Se agrotóxico, quais as atividades exercidas na exposição atual | 01 Diluição                          | 05 Colheita                | 09 Outros                       | 1ª Opção:                       |
|                                                                 | 02 Pulverização                      | 06 Transporte              | 10 Não se aplica                | 2ª Opção:                       |
| Se agrotóxico de uso agrícola, qual a cultura/lavoura           | 03 Tratamento de sementes            | 07 Desmetização            | 08 Produção/formulação          | 3ª Opção:                       |
|                                                                 | 04 Armazenagem                       |                            |                                 |                                 |
| Via de exposição/contaminação                                   | 1 Digestiva                          | 4 Ocular                   | 7 Transplacentária              | 1ª Opção:                       |
|                                                                 | 2 Cutânea                            | 5 Parenteral               | 8 Outra                         | 2ª Opção:                       |
| Via de exposição/contaminação                                   | 3 Respiratória                       | 6 Vaginal                  | 9 Ignorada                      | 3ª Opção:                       |
|                                                                 |                                      |                            |                                 |                                 |
| Circunstância da exposição/contaminação                         | 01 Uso Habitual                      | 02 Acidental               | 03 Ambiental                    | 04 Uso terapêutico              |
|                                                                 | 05 Prescrição médica inadequada      | 06 Erro de administração   | 07 Automedicação                | 08 Abuso                        |
| Circunstância da exposição/contaminação                         | 09 Ingestão de alimento ou bebida    | 10 Tentativa de suicídio   | 11 Tentativa de aborto          | 12 Violência/homicídio          |
|                                                                 | 13 Outra                             |                            |                                 |                                 |
| A exposição/contaminação foi decorrente do trabalho?            | 1 Sim                                | 2 Não                      | 9 Ignorado                      |                                 |
|                                                                 |                                      |                            |                                 |                                 |
| Tipo de Exposição                                               | 1 Aguda - única                      | 2 Aguda - repetida         | 3 Crônica                       |                                 |
|                                                                 | 4 Aguda sobre Crônica                | 9 Ignorado                 |                                 |                                 |
| Tempo decorrido entre a Exposição e o Atendimento               | 1 Hora                               | 2 Dia                      | 3 Mês                           | 4 Ano                           |
|                                                                 | 9 Ignorado                           |                            |                                 |                                 |
| Tipo de atendimento                                             | 1 Hospitalar                         | 2 Ambulatorial             | 3 Domiciliar                    | 4 Nenhum                        |
|                                                                 | 9 Ignorado                           |                            |                                 |                                 |
| Houve hospitalização?                                           | 1 Sim                                | 2 Não                      | 9 Ignorado                      |                                 |
|                                                                 |                                      |                            |                                 |                                 |
| Data da internação                                              |                                      |                            |                                 |                                 |
|                                                                 |                                      |                            |                                 |                                 |
| Município de hospitalização                                     |                                      |                            |                                 |                                 |
|                                                                 |                                      |                            |                                 |                                 |
| Unidade de saúde                                                |                                      |                            |                                 |                                 |
|                                                                 |                                      |                            |                                 |                                 |
| Classificação final                                             | 1 Intoxicação confirmada             | 2 Só Exposição             | 3 Reação Adversa                |                                 |
|                                                                 | 4 Outro Diagnóstico                  | 5 Síndrome de abstinência  | 9 Ignorado                      |                                 |
| Se intoxicação confirmada, qual o diagnóstico                   |                                      |                            |                                 |                                 |
|                                                                 |                                      |                            |                                 |                                 |
| Critério de confirmação                                         | 1 Laboratorial                       | 2 Clínico-epidemiológico   | 3 Clínico                       |                                 |
|                                                                 | 4 - Óbito por outra causa            | 5 Perda de seguimento      | 9 Ignorado                      |                                 |
| Evolução do Caso                                                | 1 Cura sem sequelas                  | 2 Cura com sequelas        | 3 Óbito por intoxicação exógena |                                 |
|                                                                 | 4 - Óbito por outra causa            | 5 Perda de seguimento      | 9 Ignorado                      |                                 |
| Data do óbito                                                   |                                      |                            |                                 |                                 |
|                                                                 |                                      |                            |                                 |                                 |
| Comunicação de Acidente de Trabalho - CAT                       | 1 Sim                                | 2 Não                      | 3 Não se aplica                 | 9 Ignorado                      |
|                                                                 |                                      |                            |                                 |                                 |
| Informações complementares e observações                        |                                      |                            |                                 |                                 |
|                                                                 |                                      |                            |                                 |                                 |
| Observações:                                                    |                                      |                            |                                 |                                 |
|                                                                 |                                      |                            |                                 |                                 |
| Município/Unidade de Saúde                                      |                                      |                            |                                 |                                 |
|                                                                 |                                      |                            |                                 |                                 |
| Nome                                                            |                                      |                            |                                 |                                 |
|                                                                 |                                      |                            |                                 |                                 |
| Função                                                          |                                      |                            |                                 |                                 |
|                                                                 |                                      |                            |                                 |                                 |
| Assinatura                                                      |                                      |                            |                                 |                                 |
|                                                                 |                                      |                            |                                 |                                 |

# Doenças Relacionadas ao Trabalho - DRT em implantação

Estado de São Paulo - DRT sem implantação sistematizada

**ESP = mínima captação de dados**

Notificação nacional preconizada só para algumas unidades e algumas doenças - Portaria Nacional 1974/2014 e 1271/2014.

**BRASIL = SUBNOTIFICAÇÃO IMENSA**

**MUNICÍPIO DE SÃO PAULO**

**Notificação Universal - Todas as DRT em todos os Serviços de Saúde**

# Suspeita e Doenças Relacionadas ao Trabalho DRT

1. As **Suspeitas de DRT** – notificação na ficha municipal de **Notificação de Suspeita e Doença Relacionada ao Trabalho - FIE Suspeita e DRT**
2. Outros **agravos confirmados** sem FIE específica - notificação na - **FIE Suspeita e DRT**
3. Os **6 agravos** com prioridade nacional - notificação na **FIE de agravo específico do SINAN**

**Página de Saúde do Trabalhador - Portal PMSP**  
[www.prefeitura.sp.gov.br/saude/strabalhador](http://www.prefeitura.sp.gov.br/saude/strabalhador)



# Doenças Relacionadas ao Trabalho - DRT: Casos Confirmados

***6 agravos com prioridade nacional - notificação na FIE de agravo específico do SINAN:***

- 1- Câncer Relacionado ao Trabalho;
- 2- Dermatoses Ocupacionais;
- 3- Lesões por Esforços Repetitivos/Distúrbios Osteomusculares - LER/DORT;
- 4 - Perda Auditiva Induzida por Ruído -PAIR;
- 5 - Pneumoconioses Relacionadas ao Trabalho;
- 6 - Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho.

[www.prefeitura.sp.gov.br/saude/strabalhador](http://www.prefeitura.sp.gov.br/saude/strabalhador)



## Notificação de Suspeita e Doença Relacionada ao Trabalho.

**Definição de caso:** Considera-se caso quando houver suspeita de que o trabalho ou as condições em que é realizado sejam fatores de risco à saúde, constituindo-se como causa necessária ou contributiva ou ainda agravante de doenças decorrentes de exposição dos trabalhadores a múltiplos fatores de risco em que as condições de trabalho possam aumentar a probabilidade de sua ocorrência, provoquem distúrbio latente ou agravem doença já estabelecida. Podem ser demonstradas pela clínica, por exames complementares ou por nexos epidemiológico.

|                                                            |                                                  |                                   |                                       |                               |
|------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------|
| Dados Gerais                                               | 1 Tipo de Notificação                            |                                   | 2 - Individual                        |                               |
|                                                            | 2 Agravado/doença (Hipótese Diagnóstica)         |                                   | 3 Código (CID10)                      | 4 Data dos Primeiros Sintomas |
|                                                            | 5 Data da Notificação                            | 6 UF                              | 7 Município de Notificação            | Código (IBGE)                 |
|                                                            | 8 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) |                                   | Código                                |                               |
| Notificação Individual                                     | 9 Nome do Paciente                               |                                   | 10 Data de Nascimento                 |                               |
|                                                            | 11 (ou) Idade                                    | 12 Gênero                         | 13 Gestante                           | 14 Raça/Cor                   |
|                                                            | 15 Escolaridade                                  | 16 Número do Cartão SUS           |                                       |                               |
|                                                            | 17 Nome da mãe                                   |                                   |                                       |                               |
| Dados de Residência                                        | 18 UF                                            | 19 Município de Residência        | Código (IBGE)                         | 20 SUVIS                      |
|                                                            | 21 Distrito Administrativo                       | 22 Logradouro (rua, avenida,...)  | Código                                |                               |
|                                                            | 23 Número                                        | 24 Complemento (apto., casa, ...) | 25 CEP                                |                               |
|                                                            | 26 Ponto de Referência                           |                                   |                                       |                               |
| Antecedentes Epidemiológicos / Dados do Trabalho e Empresa | 27 (DDD) Telefone                                | 28 Zona                           | 29 País (se residente fora do Brasil) |                               |
|                                                            | 30 Dados Complementares do Caso                  |                                   |                                       |                               |
|                                                            | 31 Ocupação                                      | 32 Código - CBO                   |                                       |                               |
|                                                            | 33 Situação no Mercado de Trabalho               | 34 Tempo de Trabalho na Ocupação  |                                       |                               |
| 35 Dados da Empresa Contratante                            |                                                  |                                   |                                       |                               |
| 36 Nome da Empresa ou Empregador                           |                                                  | 37 Registro/ CNPJ ou CPF          |                                       |                               |
| 38 O que a Empresa faz?                                    |                                                  | 39 Código CNAE                    | 40 UF                                 | 41 Município                  |
| 42 Endereço do empregador (Logradouro)                     |                                                  | CEP                               |                                       |                               |
| 43 SUVIS                                                   | 44 Distrito Administrativo                       | 45 (DDD) Telefone                 |                                       |                               |
| 46 Geo campo 1                                             | 47 Geo campo 2                                   |                                   |                                       |                               |

Considera-se caso quando houver suspeita de que o trabalho ou as condições em que é realizado sejam fatores de risco à saúde, constituindo-se como causa necessária ou contributiva ou ainda agravante de doenças decorrentes de exposição dos trabalhadores a múltiplos fatores de risco em que as condições de trabalho possam aumentar a probabilidade de sua ocorrência, provoquem distúrbio latente ou agravem doença já estabelecida. Podem ser demonstradas pela clínica, exames complementares ou por nexos epidemiológico.

Secretaria Municipal da Saúde - SMS

Os Campos “**Obrigatórios**”, quando não preenchidos, levarão ao não registro da ficha, obrigando a iniciar novamente a digitação.

Os campos **obrigatórios e essenciais** são básicos p/ identificação do caso e possibilitar a investigação.



## **Importante na FIE de Suspeita e DRT:**

Identificação do: **trabalhador, empregador, empresa principal, se terceiro e local** de trabalho se diverso.

Descrever **ocupação**, além do CBO e

**O que a empresa/empregador faz** e CNAE, quando possível

## **Informações Complementares e Observações**

**Nº da FIE específica** - casos confirmados com ficha própria.

**Local/endereço de trabalho** se diferente da empresa contratante e principal.

Registrar se:

- Houveram outros casos similares no local de trabalho e atividade
- O trabalhador já teve outras doenças ou acidentes relacionados ao trabalho
- O trabalhador foi transferido ou demitido após apresentar sintomas da doença

## Outras Notificações em Saúde do Trabalhador

Importante para rastreamento, acompanhamento e investigação

**Assédio Moral** = notificação na FIE de Suspeita de DRT, pode se tornar “Transtorno Mental Relacionado ao Trabalho

Suspeitas e casos de “**asma ocupacional**” = notificação na FIE de Suspeita de DRT, (possível futura FIE própria municipal)

**Violências interpessoais** ao trabalhador = Notificação FIE de Violência do SINAN (no trabalho ou trajeto). Atentar **Item 66** para caracterização e investigação. 1 = Sim = “violência relacionada ao trabalho”. O item **52 local**, assinalando como comércio, indústria/construção ou outro, não basta para caracterizar a relação com o trabalho.

Anotar o **empregador**, seu **endereço** e local de trabalho no campo aberto.



Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoas com deficiência, indígenas e população LGBT.

|                                       |  |                                      |  |
|---------------------------------------|--|--------------------------------------|--|
| 1 Tipo de Notificação                 |  | 2 - Individual                       |  |
| 2 Agravado(a)                         |  | VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA |  |
| 4 UF                                  |  | 5 Município de notificação           |  |
| 6 Unidade Notificadora                |  | Código (CID10)                       |  |
| 7 Nome da Unidade Notificadora        |  | Código (IBGE)                        |  |
| 8 Unidade de Saúde                    |  | Código (IBGE)                        |  |
| 10 Nome do paciente                   |  | 11 Data da ocorrência da violência   |  |
| 12 (ou) Idade                         |  | 13 Sexo                              |  |
| 14 Gestante                           |  | 15 Raça/Cor                          |  |
| 16 Escolaridade                       |  | 17 Número do Cartão SUS              |  |
| 18 Nome da mãe                        |  | 19 UF                                |  |
| 20 Município de Residência            |  | 21 Distrito                          |  |
| 22 Bairro                             |  | 23 Logradouro (rua, avenida,...)     |  |
| 24 Número                             |  | 25 Complemento (apto., casa, ...)    |  |
| 26 Geo campo 1                        |  | 27 Geo campo 2                       |  |
| 28 Ponto de Referência                |  | 29 CEP                               |  |
| 30 DDD Telefone                       |  | 31 Zona                              |  |
| 32 País (se residente fora do Brasil) |  | 33 Nome Social                       |  |

### Dados Complementares

|                                                  |  |
|--------------------------------------------------|--|
| 34 Ocupação                                      |  |
| 35 Situação conjugal / Estado civil              |  |
| 36 Orientação Sexual                             |  |
| 37 Identidade de gênero                          |  |
| 38 Possui algum tipo de deficiência/transstorno? |  |
| 39 Se sim, qual tipo de deficiência/transstorno? |  |
| 40 UF                                            |  |
| 41 Município de ocorrência                       |  |
| 42 Distrito                                      |  |
| 43 Bairro                                        |  |
| 44 Logradouro (rua, avenida,...)                 |  |
| 45 Número                                        |  |
| 46 Complemento (apto., casa, ...)                |  |
| 47 Geo campo 3                                   |  |
| 48 Geo campo 4                                   |  |
| 49 Ponto de Referência                           |  |
| 50 Zona                                          |  |
| 51 Hora da ocorrência                            |  |
| 52 Local de ocorrência                           |  |
| 53 Ocorreu outras vezes?                         |  |
| 54 A lesão foi autoprovocada?                    |  |

SVS 15.06.2015

|                                                                    |  |                                        |  |                                      |  |
|--------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------|--|--------------------------------------|--|
| 55 Essa violência foi motivada por:                                |  | 56 Tipo de violência                   |  | 57 Meio de agressão                  |  |
| 58 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo?                       |  | 59 Procedimento realizado              |  | 60 Número de envolvidos              |  |
| 61 Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida                |  | 62 Sexo do provável autor da violência |  | 63 Suspeita de uso de álcool         |  |
| 64 Ciclo de vida do provável autor da violência                    |  | 65 Encaminhamento                      |  | 66 Violência Relacionada ao Trabalho |  |
| 67 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) |  | 68 Circunstância da lesão              |  | CID 10 - Cap XX                      |  |

### Informações complementares e observações

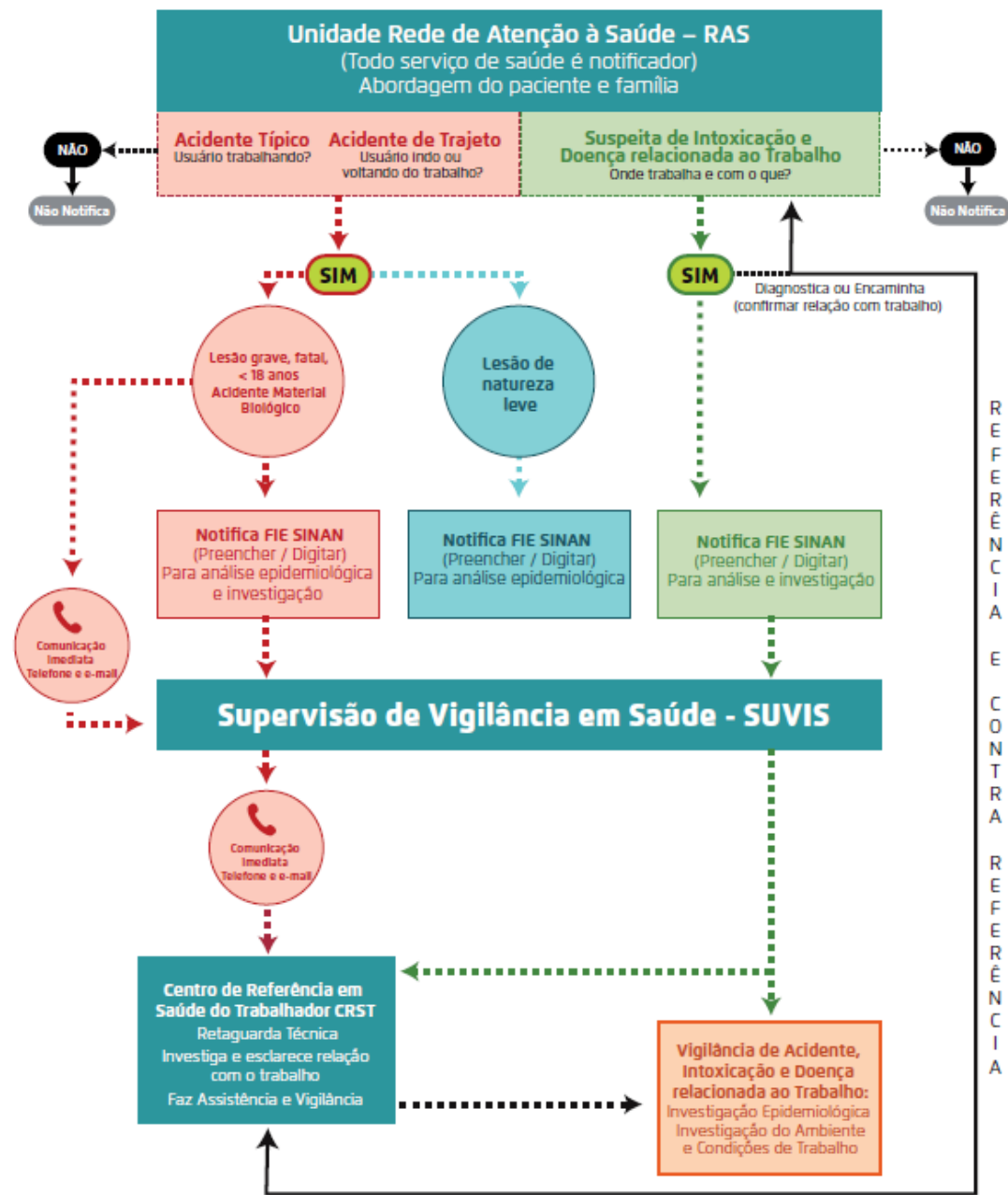
|                                       |  |                            |  |                |  |
|---------------------------------------|--|----------------------------|--|----------------|--|
| Nome do acompanhante                  |  | Vínculo/grau de parentesco |  | (DDD) Telefone |  |
| Observações Adicionais:               |  |                            |  |                |  |
| Disque Saúde - Ouvidoria Geral do SUS |  |                            |  |                |  |
| 136                                   |  |                            |  |                |  |
| TELEFONES ÚTEIS                       |  |                            |  |                |  |
| Central de Atendimento à Mulher       |  |                            |  |                |  |
| 180                                   |  |                            |  |                |  |
| Disque Direitos Humanos               |  |                            |  |                |  |
| 100                                   |  |                            |  |                |  |
| Município/Unidade de Saúde            |  |                            |  |                |  |
| Nome                                  |  |                            |  |                |  |
| Função                                |  |                            |  |                |  |
| Assinatura                            |  |                            |  |                |  |



SVS 15.06.2015

## Fluxo de Notificação

Acidentes, Intoxicações e Doenças Relacionadas ao Trabalho no Município de São Paulo



# Agravos à Saúde do Trabalhador no Município de São Paulo

Notificação universal

Todos os agravos relacionados ao trabalho por Todos os serviços e profissionais de saúde



PREFEITURA DE  
**SÃO PAULO**  
SAÚDE

# **SUVIS - Comunicação Rápida para investigação:**

Memorando para o CRST com cópia para COVISA e comunicação telefônica:

- **Acidentes graves, fatais e < 18ª**
- **Intoxicação Aguda Relacionada ao Trabalho**
- **Acidentes com exposição a material biológico**  
priorizar locais c/ > incidência, inspeção conjunta  
SUVIS Regional/SUVIS/Local/CRST/COVISA  
(Vigilância em Saúde do Trabalhador junto com Serviços de Saúde).

Usar bom senso: priorizar locais com maior incidência, casos graves.

- **Intoxicação Crônica Relacionada ao Trabalho**
- **Doenças Relacionadas ao Trabalho relevantes**

# Notificação de Suspeita e DRT

*Relevância: fazer com que o profissional de saúde pense em DRT, propiciar o seguimento de pacientes suspeitos até a confirmação e visualizar a distribuição das DRT no município e os setores com maior incidência.*

- **Implantação:** priorização e planejamento locorregional.
- **Capacitação inicial:** encontros centrais das 26 SUVIS
- **SUVIS:** responsabilidade = capacitação dos serviços de Saúde do SUS e fora do SUS, abordagem de serviços com definição de cronograma. Digitação em futuro próximo.
- **CRST:** Revisão de FIE, participar da implantação na RAS, instituições de ensino da saúde, de privados prioritários; matriciamento da ST na RAS, digitação durante implantação.
- **Conteúdo:** Qualificação da notificação de AT e Intoxicações; Suspeita e Doença Relacionada ao Trabalho; 6 prioridades nacionais.

# Área Técnica em Saúde do Trabalhador

Tel.: 33972262 - 34346916

E-mail: [saudedotrabalhador@prefeitura.sp.gov.br](mailto:saudedotrabalhador@prefeitura.sp.gov.br)

Site: [www.prefeitura.sp.gov.br/saude/strabalhador](http://www.prefeitura.sp.gov.br/saude/strabalhador)

Sheila Duarte Pereira



**Definição de caso:** É todo câncer que surgiu como consequência da exposição a agentes carcinogênicos presentes no ambiente de trabalho, mesmo após a cessação da exposição. Para uso deste instrumento, serão considerados casos confirmados, como eventos sentinela, entre outros, aqueles que resultarem em Leucemia por exposição ao benzeno - CID C91 e C95, mesotelioma por amianto CID C45 e angiossarcoma hepático por exposição a cloreto de vinila CID 22.3.

|                              |                                                  |                                                                  |                                       |
|------------------------------|--------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| Dados Gerais                 | 1 Tipo de Notificação                            | 2 - Individual                                                   |                                       |
|                              | 2 Agravado/doença                                | CÂNCER RELACIONADO AO TRABALHO<br>DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO |                                       |
| Dados do Paciente            | 3 UF                                             | 5 Município de Notificação                                       | 3 Data da Notificação                 |
|                              | 4 UF                                             | 5 Município de Notificação                                       | 3 Data da Notificação                 |
| Dados de Residência          | 6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) | 7 Código                                                         | 7 Data do Diagnóstico                 |
|                              | 8 Nome do Paciente                               | 9 Data de Nascimento                                             | 10 (ou) Idade                         |
| Dados Complementares do Caso | 11 Sexo                                          | 12 Gestante                                                      | 13 Rapa/Cor                           |
|                              | 14 Escolaridade                                  | 15 Número do Cartão SUS                                          | 16 Nome da mãe                        |
| Dados de Residência          | 17 UF                                            | 18 Município de Residência                                       | 19 Código (IBGE)                      |
|                              | 20 Bairro                                        | 21 Logradouro (rua, avenida,...)                                 | 22 Código                             |
| Dados de Residência          | 23 Número                                        | 24 Complemento (apto., casa, ...)                                | 25 Geo campo 1                        |
|                              | 26 Geo campo 2                                   | 27 Ponto de Referência                                           | 28 CEP                                |
| Dados de Residência          | 29 (DDD) Telefone                                | 30 Zona                                                          | 31 País (se residente fora do Brasil) |
|                              | 32 Ocupação                                      | 33 Situação no Mercado de Trabalho                               | 34 Tempo de Trabalho na Ocupação      |
| Dados de Residência          | 35 Registro/CNPJ ou CPF                          | 36 Nome da Empresa ou Empregador                                 | 37 Atividade Econômica (CNAE)         |
|                              | 38 UF                                            | 39 Município                                                     | 40 Código (IBGE)                      |
| Dados de Residência          | 41 Distrito                                      | 42 Bairro                                                        | 43 Endereço                           |
|                              | 44 Número                                        | 45 Ponto de Referência                                           | 46 (DDD) Telefone                     |
| Dados de Residência          | 47 O Empregador é Empresa Terceirizada           | 48 1-Sim 2-Não 3-Não se aplica 9-Ignorado                        |                                       |
|                              |                                                  |                                                                  |                                       |

|                     |                                        |                                           |                                  |
|---------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------|
| Dados de Residência | 31 Ocupação                            | 32 Situação no Mercado de Trabalho        | 33 Tempo de Trabalho na Ocupação |
|                     | 34 Registro/CNPJ ou CPF                | 35 Nome da Empresa ou Empregador          | 36 Atividade Econômica (CNAE)    |
| Dados de Residência | 37 UF                                  | 38 Município                              | 39 Código (IBGE)                 |
|                     | 40 Distrito                            | 41 Bairro                                 | 42 Endereço                      |
| Dados de Residência | 43 Número                              | 44 Ponto de Referência                    | 45 (DDD) Telefone                |
|                     | 46 O Empregador é Empresa Terceirizada | 47 1-Sim 2-Não 3-Não se aplica 9-Ignorado |                                  |

|                                          |                                                                                                                         |                         |                                 |
|------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|---------------------------------|
| Câncer relacionado ao trabalho           | 46 Tempo de Exposição ao Agente de Risco                                                                                | 47 Regime de Tratamento | 48 Diagnóstico Específico       |
|                                          | 49 Houve exposição nos locais de trabalho, durante toda a sua vida profissional, a algum dos itens abaixo relacionados? | 50 Hábito de Fumar      | 51 Tempo de Exposição ao tabaco |
| Conclusão                                | 52 Há ou houve outros trabalhadores com a mesma doença no local de trabalho?                                            | 53 Evolução do Caso     | 54 Se Óbito, Data               |
|                                          | 55 Foi emitida a Comunicação de Acidente de Trabalho                                                                    |                         |                                 |
| Informações complementares e observações |                                                                                                                         |                         |                                 |
| Município/Unidade de Saúde               |                                                                                                                         |                         |                                 |
| Nome                                     |                                                                                                                         |                         |                                 |
| Função                                   |                                                                                                                         |                         |                                 |
| Assinatura                               |                                                                                                                         |                         |                                 |



**Definição de caso:** Conjunto de doenças pulmonares causadas pelo acúmulo de poeira nos pulmões e reação tissular à presença dessas poeiras, presentes no ambiente de trabalho. Podem abranger os seguintes grupos:

- Pneumoconiose causada pela inalação de poeiras contendo sílica livre cristalina.
- Pneumoconiose dos trabalhadores do carvão: causada pela inalação de poeiras de carvão mineral.
- Asbestose: causada pela inalação de fibras de asbesto ou amianto
- Pneumoconiose devido a outras poeiras inorgânicas: berilo (exposição ao berílio); siderose (exposição a fumos de óxido de ferro) e estanho (exposição a estanho).
- Pneumoconiose por poeiras mistas: englobam pneumoconioses com padrão radiológicos diferentes, de opacidades regulares e irregulares, devidas à inalação de poeiras de diversos tipos de minerais, com significativo grau de contaminação por sílica livre, porém sem apresentar o substrato anátomo-patológico típico de silicose.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                            |                                                                               |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|--|
| 1 Tipo de Notificação                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                            | 2 - Individual                                                                |  |
| 2 Agravado(a) <b>DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO/ Pneumoconioses</b> Código (CID 10) <b>J64</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                            |                                                                               |  |
| 4 UF                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 5 Município de Notificação | Código (IBGE)                                                                 |  |
| 8 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                            | Código                                                                        |  |
| 8 Nome do Paciente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                            | 9 Data do Diagnóstico                                                         |  |
| 10 (ou) Idade                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                            | 11 Sexo                                                                       |  |
| 1- Hora<br>2- Dia<br>3- Mês<br>4- Ano                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                            | M - Masculino<br>F - Feminino<br>I - Ignorado                                 |  |
| 12 Gestante                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                            | 13 Raça/Cor                                                                   |  |
| 1- Sim<br>2- Não<br>3- Não se aplica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                            | 1- Branca<br>2- Preta<br>3- Amarela<br>4- Parda<br>5- Indígena<br>6- Ignorado |  |
| 14 Escolaridade                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                            |                                                                               |  |
| 1- 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau)<br>2- 5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginsêio ou 1º grau)<br>3- Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau)<br>4- Ensino fundamental completo (antigo ginsêio ou 1º grau)<br>5- Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau)<br>6- Ensino superior incompleto<br>7- Educação superior completa<br>8- Ignorado<br>9- Não se aplica |                            |                                                                               |  |
| 15 Número do Cartão SUS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                            | 16 Nome da mãe                                                                |  |
| 17 UF                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 18 Município de Residência | Código (IBGE)                                                                 |  |
| 20 Bairro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                            | 21 Logradouro (rua, avenida, ...)                                             |  |
| 22 Número                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                            | 23 Complemento (apto., casa, ...)                                             |  |
| 25 Geo campo 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                            | 24 Geo campo 1                                                                |  |
| 26 Ponto de Referência                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                            | 27 CEP                                                                        |  |
| 28 (DDD) Telefone                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                            | 29 Zona                                                                       |  |
| 1 - Urbana<br>2 - Rural<br>3 - Perurbana<br>9 - Ignorado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                            | 30 País (se residente fora do Brasil)                                         |  |
| 31 Ocupação                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                            |                                                                               |  |
| 32 Situação no Mercado de Trabalho                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                            |                                                                               |  |
| 01 - Empregado registrado com carteira assinada<br>02 - Empregado não registrado<br>03 - Autônomo com carteira própria<br>04 - Servidor público estatutário<br>05 - Servidor público estatista<br>06 - Aposentado<br>07 - Desempregado<br>08 - Trabalho temporário<br>09 - Cooperativado<br>10 - Trabalhador avulso<br>11 - Empregador<br>12 - Outros<br>99 - Ignorado                                                 |                            |                                                                               |  |
| 33 Tempo de Trabalho na Ocupação                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                            |                                                                               |  |
| 1 - Hora<br>2 - Dia<br>3 - Mês<br>4 - Ano                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                            |                                                                               |  |
| 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<br>2 - Não<br>3 - Não se aplica<br>9 - Ignorado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                            |                                                                               |  |

|                                          |                                                                                         |  |                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                             |  |                                                      |  |                                     |  |  |
|------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------|--|-------------------------------------|--|--|
| Ant. Epi.                                | 46 Agravos Associados                                                                   |  | Limitação crônica ao fluxo aéreo                                                                                                                                                                                                 |  | Câncer                                                                      |  | Tuberculose                                          |  | Tiroide                             |  |  |
|                                          | 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado                                                            |  | Tuberculose                                                                                                                                                                                                                      |  | Artrite reumatóide                                                          |  | Outras:                                              |  |                                     |  |  |
| Pneumoconioses                           | 47 Tempo de Exposição ao Agente de Risco                                                |  | 48 Regime de Tratamento                                                                                                                                                                                                          |  | 1 - Hospitalar                                                              |  | 2 - Ambulatorial                                     |  |                                     |  |  |
|                                          | 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano                                                        |  | 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado                                                                                                                                                                                                     |  | 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado                                                |  | 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado                         |  |                                     |  |  |
| Conclusão                                | 49 A exposição a poeiras e minerais ocorreu em um ou mais vínculos distintos da empresa |  | 50 Especificar                                                                                                                                                                                                                   |  | 51 Agentes de Exposição                                                     |  | 52 Hábito de Fumar                                   |  | 53 Tempo de Exposição ao tabaco     |  |  |
|                                          | 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado                                                            |  |                                                                                                                                                                                                                                  |  | 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado                                                |  | 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado                         |  | 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado        |  |  |
| Informações complementares e observações | 54 Confirmação Diagnóstica                                                              |  | 55 Diagnóstico Específico                                                                                                                                                                                                        |  | 56 Há ou Houve Outros Trabalhadores com a mesma Doença no Local de Trabalho |  | 57 Avaliação funcional (prova de função pulmonar)    |  | 58 Resultado da avaliação funcional |  |  |
|                                          | 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado                                                            |  | CID 10                                                                                                                                                                                                                           |  | 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado                                                |  | 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado                         |  | 1 - Normal 2 - Alterada             |  |  |
| Investigador                             | 59 Conduta Geral                                                                        |  | 60 Evolução do Caso                                                                                                                                                                                                              |  | 61 Se Óbito, Data                                                           |  | 62 Foi emitida a Comunicação de Acidente de Trabalho |  |                                     |  |  |
|                                          | 1 - Sim 2 - Não                                                                         |  | 1 - Cura 2 - Cura não confirmada 3 - Incapacidade Temporária 4 - Incapacidade Permanente Parcial 5 - Incapacidade Permanente Total 6 - Óbito por doença relacionada ao trabalho 7 - Óbito por Outra Causa 8 - Outro 9 - Ignorado |  | 1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9 - Ignorado                              |  | 1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9 - Ignorado       |  |                                     |  |  |
| Município/Unidade de Saúde               |                                                                                         |  |                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                             |  |                                                      |  |                                     |  |  |
| Cód. da Unid. de Saúde                   |                                                                                         |  |                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                             |  |                                                      |  |                                     |  |  |
| Nome                                     |                                                                                         |  |                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                             |  |                                                      |  |                                     |  |  |
| Função                                   |                                                                                         |  |                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                             |  |                                                      |  |                                     |  |  |
| Assinatura                               |                                                                                         |  |                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                             |  |                                                      |  |                                     |  |  |

Definição de caso: É a diminuição gradual da acuidade auditiva, decorrente da exposição continuada a níveis elevados 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                         | 3 Código (CID10)                      | 4 Data da Notificação                           |
|                              | DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO/ PAIR<br>H83.3 |                                        |                                       |                                                 |
| Notificação Individual       | 4 UF                                          | 5 Município de Notificação             | 6 Código (IBGE)                       | 7 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificador) |
|                              | 8 Nome do Paciente                            | 9 Data de Nascimento                   | 10 (ou) Idade                         | 11 Sexo                                         |
| Dados de Residência          | 12 Gestante                                   | 13 Raza/Cor                            | 14 Escolaridade                       | 15 Número do Cartão SUS                         |
|                              | 16 Nome da mãe                                | 17 UF                                  | 18 Município de Residência            | 19 Código (IBGE)                                |
| Dados de Residência          | 20 Bairro                                     | 21 Logradouro (rua, avenida, ...)      | 22 Número                             | 23 Complemento (apto., casa, ...)               |
|                              | 24 Geo campo 1                                | 25 Geo campo 2                         | 26 Ponto de Referência                | 27 CEP                                          |
| Dados de Residência          | 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 Registro/ CNPJ ou CPF              | 35 Nome da Empresa ou Empregador                |
| Antecedentes Epidemiológicos | 36 Atividade Econômica (CNAE)                 | 37 UF                                  | 38 Município                          | 39 Código (IBGE)                                |
|                              | 40 Bairro                                     | 41 Endereço                            | 42 Número                             | 43 Ponto de Referência                          |
| Antecedentes Epidemiológicos | 44 (DDD) Telefone                             | 45 O Empregador é Empresa Terceirizada | 46 Agravos Associados                 | 47 Tempo de Exposição ao Agente de Risco        |
|                              | 48 Regime de Tratamento                       | 49 Hipertensão Arterial                | 50 Diabetes Mellitus                  | 51 Hanseníase                                   |
| Antecedentes Epidemiológicos | 52 Tuberculose                                | 53 Alergia                             | 54 Outras                             | 55 Transfusão Sanguínea                         |
|                              | 56 Doença Relacionada ao Trabalho/ PAIR       | 57 Sinan NET                           | 58 SVS                                | 59 27/09/2005                                   |

|      |                                      |                                                   |                                                     |                                                      |                                                                             |
|------|--------------------------------------|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| PAIR | 49 Tipo de Ruído Predominante        | 1-Ruído Contínuo                                  | 2-Ruído Intermitente                                | 3-Ambos                                              | 9-Ignorado                                                                  |
|      | 50 Exposição Concomitante a Ruído a: | 1-Sim                                             | 2-Não                                               | 9-Ignorado                                           | 51 Sintomas                                                                 |
| PAIR | 52 Diagnóstico Específico            | 53 Houve afastamento do trabalho para tratamento? | 54 Tempo de Afastamento do Trabalho para Tratamento | 55 Com Afastamento do Trabalho                       | 56 Há ou Houve Outros Trabalhadores com a mesma Doença no Local de Trabalho |
|      | 57 Conduta Geral                     | 58 Evolução do Caso                               | 59 Data do óbito                                    | 60 Foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho | 61 Informações complementares e observações                                 |

|              |                            |                                      |
|--------------|----------------------------|--------------------------------------|
| Investigador | Município/Unidade de Saúde | Cód. da Unid. de Saúde               |
|              | Nome                       | Assinatura                           |
| Investigador | Função                     | Doença Relacionada ao Trabalho/ PAIR |
|              | DTT_PAIR_NET               | 15/12/2006                           |

Definição de caso: É uma síndrome clínica que afeta o sistema músculo-esquelético em geral, caracterizada pela ocorrência de vários sintomas concomitantes ou não, de aparecimento insidioso, tais como dor crônica, parestesia, fadiga muscular, manifestando-se principalmente no pescoço, cintura escapular e/ou membros superiores. Acontece em decorrência das relações e da organização do trabalho, onde as atividades são realizadas com movimentos repetitivos, com posturas inadequadas, trabalho muscular estático e outras condições inadequadas.

|                                                  |                            |                                       |  |
|--------------------------------------------------|----------------------------|---------------------------------------|--|
| 1 Tipo de Notificação                            |                            | 2 - Individual                        |  |
| 2 Agravado(a)                                    |                            | Código (CID 10)                       |  |
| DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO/ LER/ DORT        |                            | Z57.9                                 |  |
| 4 UF                                             | 5 Município de Notificação | Código (BGE)                          |  |
| 6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) |                            | Código                                |  |
| 7 Data de Diagnóstico                            |                            | 8 Nome do Paciente                    |  |
| 9 Data de Nascimento                             |                            | 10 (ou) Idade                         |  |
| 11 Sexo                                          |                            | 12 Gestante                           |  |
| 13 Raça/Cor                                      |                            | 14 Escolaridade                       |  |
| 15 Número do Cartão SUS                          |                            | 16 Nome da mãe                        |  |
| 17 UF                                            |                            | 18 Município de Residência            |  |
| 19 Código (BGE)                                  |                            | 20 Distrito                           |  |
| 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) |  |

#### Dados Complementares do Caso

|                                          |  |                                    |  |
|------------------------------------------|--|------------------------------------|--|
| 31 Ocupação                              |  | 32 Situação no Mercado de Trabalho |  |
| 33 Tempo de Trabalho na Ocupação         |  | 34 Registro CNPJ ou CPF            |  |
| 35 Nome da Empresa ou Empregador         |  | 36 Atividade Econômica (CNAE)      |  |
| 37 UF                                    |  | 38 Município                       |  |
| 39 Distrito                              |  | 40 Bairro                          |  |
| 41 Endereço                              |  | 42 Número                          |  |
| 43 Ponto de Referência                   |  | 44 (DDD) Telefone                  |  |
| 45 O Empregador é Empresa Terceirizada   |  | 46 Agravos Associados              |  |
| 47 Tempo de Exposição ao Agente de Risco |  | 48 Regime de Tratamento            |  |

#### Lesões por Esforços Repetitivos - LER/ Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho - DORT

|                                                        |  |                                                                              |  |
|--------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------|--|
| 49 Sinais e Sintomas                                   |  | 50 Limitação e incapacidade para o exercício de tarefas                      |  |
| 51 O paciente está exposto em seu local de trabalho à: |  | 52 Diagnóstico Específico                                                    |  |
| 53 Houve afastamento do trabalho para tratamento?      |  | 54 Tempo de Afastamento do Trabalho para Tratamento                          |  |
| 55 Com Afastamento do Trabalho                         |  | 56 Há ou Houve Outros Trabalhadores com a mesma Doença no Local de Trabalho? |  |
| 57 Conduta Geral                                       |  | 58 Evolução do Caso                                                          |  |
| 59 Se Óbito, Data                                      |  | 60 Foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho                         |  |

#### Informações complementares e observações

|                            |  |                        |  |
|----------------------------|--|------------------------|--|
| Município/Unidade de Saúde |  | Cód. da Unid. de Saúde |  |
| Nome                       |  | Assinatura             |  |
| Função                     |  |                        |  |

DRT\_LER\_NET 15/12/2006 MR. COREL

Doença Relacionada ao Trabalho/ LER/ DORT

Sinan NET SVS 27/09/2005

**Definição de caso:** Compreendem as alterações da pele, mucosas e anexos, direta ou indiretamente causadas, mantidas ou agravadas pelo trabalho. Podem estar relacionadas com substâncias químicas, o que ocorre em 80% dos casos, ou com agentes biológicos ou físicos, e ocasionam quadros do tipo irritativo (a maioria) ou do tipo sensibilizante.

|                        |    |                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                |                                                     |                                               |    |                                    |                                                                                               |             |
|------------------------|----|------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------|----|------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| Dados Gerais           | 1  | Tipo de Notificação                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 2 - Individual                 |                                                     | Código (CID-10)                               |    | 3                                  | Data da Notificação                                                                           |             |
|                        | 2  | Agravamento                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Dermatoses Ocupacionais        |                                                     | L98.9                                         |    |                                    |                                                                                               |             |
|                        | 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<br>2 - Dia<br>3 - Mês<br>4 - Ano                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 11                             | Sexo                                                | M - Masculino<br>F - Feminino<br>I - Ignorado | 12 | Gestante                           | 1 - 1º trimestre<br>2 - 2º trimestre<br>3 - 3º trimestre<br>4 - Não se aplica<br>5 - Ignorado |             |
|                        | 13 | Raça/Cor                                       | 1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela<br>4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                |                                                     |                                               |    |                                    |                                                                                               |             |
|                        | 14 | Escolaridade                                   | 1 - 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau)<br>2 - 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau)<br>3 - 5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginasio ou 1º grau)<br>4 - Ensino fundamental completo (antigo ginasio ou 1º grau)<br>5 - Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau)<br>6 - Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau)<br>7 - Educação superior incompleta<br>8 - Educação superior completa<br>9 - Ignorado<br>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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 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<br>3 - Periurbana 9 - Ignorado |                                               | 30 | País (se residente fora do Brasil) |                                                                                               |             |

**Dados Complementares do Caso**

**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

**Dados da Empresa Contratante**

**34** Registro/ CNPJ ou CPF

**35** Nome da Empresa ou Empregador

**36** Atividade Econômica (CNAE)

**37** UF

**38** Município

**39** Distrito

**40** Bairro

**41** Endereço

**42** Número

**43** Ponto de Referência

**44** (DDD) Telefone

**45** O Empregador é Empresa Terciarizada

1- Sim 2- Não 3- Não se aplica 9- Ignorado

**46** Agravos Associados

1- Sim 2- Não 9- Ignorado

☐ Hipertensão Arterial ☐ Diabetes Mellitus ☐ Hanseníase ☐ Transtorno Mental

☐ Tuberculose ☐ Asma ☐ 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

|     |        |     |            |    |       |                                                         |           |     |            |
|-----|--------|-----|------------|----|-------|---------------------------------------------------------|-----------|-----|------------|
| ORT | DERMAT | NET | 15/12/2006 | MR | COREL | Doença Relacionada ao Trabalho/ Dermatoses Ocupacionais | Sinan NET | SVS | 27/09/2005 |
|-----|--------|-----|------------|----|-------|---------------------------------------------------------|-----------|-----|------------|

|                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                              |                                                                 |                                                                      |
|------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| Dermatose Ocupacionais | Dermatose Ocupacional                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                              |                                                                 |                                                                      |
|                        | 49 Principal Agente Causador da Dermatose                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                              |                                                                 |                                                                      |
|                        | 01- Cimento<br>02- Borracha<br>03- Plástico<br>04- Solventes Orgânicos                                                                                                                                                                                                                    | 05- Graxas<br>06- Óleo de Corte<br>07- Resinas<br>08- Níquel | 09- Cosméticos<br>10- Madeiras<br>11- Cromo<br>12- Outros _____ | 99- Ignorado                                                         |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                              |                                                                 |                                                                      |
| Dermatose Ocupacionais | 50 Localização da lesão (parte do corpo atingida)                                                                                                                                                                                                                                         |                                                              |                                                                 |                                                                      |
|                        | 01- Mão<br>02- Membro superior                                                                                                                                                                                                                                                            | 03- Cabeça<br>04- Pescoço                                    | 05- Tórax<br>06- Abdome                                         | 07- Membro inferior<br>08- Pê<br>09- Todo o corpo<br>10- Outro _____ |
|                        | 99- Ignorado                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                              |                                                                 |                                                                      |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                              |                                                                 |                                                                      |
| Dermatose Ocupacionais | 51 Teste epicutâneo positivo                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                              |                                                                 |                                                                      |
|                        | 1- Sim 2- Não 9- Ignorado                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                              |                                                                 |                                                                      |
|                        | 52 Diagnóstico Específico                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                              |                                                                 |                                                                      |
|                        | CID 10 _____                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                              |                                                                 |                                                                      |
| Condição               | 53 Houve afastamento do trabalho para tratamento?                                                                                                                                                                                                                                         |                                                              |                                                                 |                                                                      |
|                        | 1- Sim 2- Não 9- Ignorado                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                              |                                                                 |                                                                      |
|                        | 54 Tempo de Afastamento do Trabalho para Tratamento                                                                                                                                                                                                                                       |                                                              |                                                                 |                                                                      |
|                        | 1- Hora 2- Dia 3- Mês 4- Ano                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                              |                                                                 |                                                                      |
| Condição               | 55 Com Afastamento do Trabalho                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                              |                                                                 |                                                                      |
|                        | 1- Melhorou 2- Piora 9- Ignorado                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                              |                                                                 |                                                                      |
|                        | 56 Há ou Houve Outros Trabalhadores com a mesma Doença no Local de Trabalho?                                                                                                                                                                                                              |                                                              |                                                                 |                                                                      |
|                        | 1- Sim 2- Não 9- Ignorado                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                              |                                                                 |                                                                      |
| Condição               | 57 Conduta Geral                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                              |                                                                 |                                                                      |
|                        | 1- Sim 2- Não                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                              |                                                                 |                                                                      |
|                        | <input type="checkbox"/> Afastamento do agente do risco com mudança de função e/ou posto de trabalho <input type="checkbox"/> Adoção de mudança na organização do trabalho <input type="checkbox"/> Adoção de proteção coletiva <input type="checkbox"/> Afastamento do local de trabalho |                                                              |                                                                 |                                                                      |
|                        | <input type="checkbox"/> Adoção de proteção individual <input type="checkbox"/> Nenhum <input type="checkbox"/> Outros _____                                                                                                                                                              |                                                              |                                                                 |                                                                      |
| Condição               | 58 Evolução do Caso                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                              |                                                                 |                                                                      |
|                        | 1- Cura 2- Cura não confirmada 3- Incapacidade Temporária 4- Incapacidade Permanente Parcial 5- Incapacidade Permanente Total                                                                                                                                                             |                                                              |                                                                 |                                                                      |
|                        | 6- Óbito por doença relacionada ao trabalho 7- Óbito por Outra Causa 8- Outro 9- Ignorado                                                                                                                                                                                                 |                                                              |                                                                 |                                                                      |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                              |                                                                 |                                                                      |
| Condição               | 59 Data do óbito                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                              |                                                                 |                                                                      |
|                        | _____                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                              |                                                                 |                                                                      |
|                        | 60 Foi emitida a Comunicação de Acidente de Trabalho                                                                                                                                                                                                                                      |                                                              |                                                                 |                                                                      |
|                        | 1- Sim 2- Não 3- Não se aplica 9- Ignorado                                                                                                                                                                                                                                                |                                                              |                                                                 |                                                                      |

[illegible]

|                |                            |            |    |        |                                                         |            |            |     |
|----------------|----------------------------|------------|----|--------|---------------------------------------------------------|------------|------------|-----|
| Investigador   | Município/Unidade de Saúde |            |    |        | Cód. da Unid. de Saúde                                  |            |            |     |
|                | Nome                       |            |    | Função |                                                         | Assinatura |            |     |
| DRT-dermat_net |                            | 15/12/2006 | MR | COREL  | Doença Relacionada ao Trabalho/ Dermatoses Ocupacionais |            | Sinan NET  | SVS |
|                |                            |            |    |        |                                                         |            | 27/09/2005 |     |

