

## PROTOCOLO TÉCNICO DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITO RELACIONADO AO TRABALHO NO RIO GRANDE DO SUL

A expressão de maior gravidade do acidente de trabalho é a morte do trabalhador. Existe impacto social na família e na comunidade, e impacto financeiro em toda a sociedade. Os óbitos de trabalhadores são passíveis de prevenção, e são indicadores de condições de risco no trabalho que precisam ser eliminadas. A investigação de cada um deles impõe-se a fim de que se corrijam as condições que os ocasionaram e seja evitado ocorrência de novos casos.

### **OBJETIVO:**

Investigação de todos os óbitos relacionados ao trabalho detectados pela análise sistemática mensal do Sistema de Informações em Saúde do Trabalhador (SIST), do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), determinando intervenção nos fatores que causaram o evento.

### **METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO**

O óbito relacionado ao trabalho é evento de grande complexidade e frequentemente extrapola limites territoriais, envolvendo diversos municípios. Assim, a investigação destes óbitos pode requerer a **cooperação técnica entre os municípios** do local de ocorrência do acidente, de residência do(a) trabalhador(a), do local de trabalho, do local de atendimento prestado (urgência/emergência, Instituto Médico Legal-IML, etc) e/ou outros. A responsabilidade da investigação recai principalmente ao município onde ocorreu o acidente, pois é onde estão os riscos que determinaram o acidente.

O fluxograma da investigação encontra-se no anexo A deste Protocolo.

A investigação de todos os óbitos deverá ser finalizada no **prazo de 90 dias** a partir da data do óbito. Caso seja necessário maior prazo, deverá ser enviado um relatório preliminar dentro do prazo.

### **Atribuições das Secretarias Municipais de Saúde (SMS):**

#### **Município onde ocorreu o acidente:**

- Realizar o monitoramento sistemático e constante dos óbitos relacionados ao trabalho, através da consulta aos sistemas de informação: Sistema de Informações em Saúde do Trabalhador (SIST), do Sistema de Informação de

Agravos de Notificação (SINAN) e do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). Entre outras fontes de informação.

- Detectado o evento, desencadear o processo de investigação baseada em check-list (anexo B) deste Protocolo, também disponível na página da Secretaria Estadual da Saúde.
- Se necessário, acionar a CRS, CEREST/UREST<sup>1</sup> Regional para obter apoio técnico a esta investigação. Se o município situar-se em região ainda não coberta por CEREST/UREST Regional, pode acionar o CEREST Estadual.
- Solicitar cópia de Boletim de Ocorrência da Polícia Civil, Polícia Rodoviária ou outros documentos emitidos
- Encaminhar para articulação e providências, se necessário, para a Rede de Atenção à Saúde, RAS;
- Encaminhar notificação para providências à empresa envolvida (anexo D) e se necessário, para outras instituições como SRT/MT, INSS, Ministério Público, etc.
- Após término da investigação, a SMS deve emitir o Relatório da Investigação com todos documentos (Check-list, DO, Notificações, Boletim de Ocorrência, etc.) e avaliação das condições e processos de trabalho (se possível com registro fotográfico da situação), conforme exemplo no anexo C.
- Enviar cópia do Relatório de Investigação para a CRS - Coordenadoria Regional de Saúde, para o CEREST Regional (ou outro serviço de apoio) e ao Município de Residência. A CRS irá encaminhar um cópia para DVST/CEVS/SES, para o endereço de e-mail obitosdotrabalho@saude.rs.gov.br.

#### **Município de residência do trabalhador:**

- Realizar o monitoramento sistemático e constante dos óbitos relacionados ao trabalho, através da consulta aos sistemas de informação: Sistema de Informações em Saúde do Trabalhador (SIST), do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM).
- Realizar entrevista com familiares.
- Realizar análise do histórico de saúde do(a) trabalhador(a) junto à Rede de Atenção à Saúde (RAS).
- Repassar os dados/documentos para o Município onde ocorreu o Acidente/CEREST Regional, aos cuidados da equipe que esteja realizando a investigação.

#### **Município da empresa e ou local de trabalho:**

- Realizar inspeção no local de trabalho e ou do acidente;
- Realizar entrevista com empregadores e/ou outros trabalhadores
- Analisar documentos que auxiliem na elucidação do evento (Comunicação de Acidente de Trabalho – CAT, ficha de registro de empregado, Atestados de Saúde Ocupacional – ASO, entre outros);
- Encaminhar notificação (conjunta com o Município onde ocorreu o Acidente) para providências à empresa envolvida (anexo D) e se necessário, para outras instituições como SRT/MT, INSS, Ministério Público, etc.

---

<sup>1</sup> CEREST: Centro de Referência em Saúde do Trabalhador; UREST: Unidade de Referência Especializada em Saúde do Trabalhador, conforme Resolução CIB N°227/2015

- Repassar os dados/documentos para o Município onde ocorreu o Acidente, aos cuidados da equipe que esteja realizando a investigação.

#### **Município onde ocorreu o atendimento:**

- Notificar no SINAN para acidentes de trabalho (típicos e de trajeto)
- Notificar na RINA para doenças relacionadas ao trabalho (exceto se for Unidade Sentinela para notificação no SINAN)
- Realizar análise de prontuários hospitalares, Fichas de Atendimento Ambulatorial ou outros registros de atendimentos de saúde prestados
- Repassar os dados/documentos para o Município onde ocorreu o acidente e CRS.

#### **Município onde ocorreu o óbito:**

- Emitir Declaração de Óbito (DO) e enviar cópia para o município onde ocorreu o acidente, aos cuidados da equipe que esteja realizando a investigação;
- Caso a relação com o trabalho não tenha sido declarada na DO, orientar o IML e/ou médico que assina a DO e ao responsável pelo SIM, para o correto preenchimento deste campo.

#### **- Atribuições do serviço de apoio técnico CRS, CEREST Regional ou, em sua ausência, UMREST, UREST, CEREST Estadual:**

- Sempre que tiver conhecimento da ocorrência de óbito relacionado ao trabalho, comunicar à SMS para que inicie a investigação
- Disponibilizar apoio técnico para acompanhar a investigação do óbito.
- Apoiar a produção do relatório da investigação juntamente à SMS
- Arquivar Relatório da Investigação, servindo-se deste como subsídio para encaminhamentos e processo de vigilância em ambiente de trabalho, se necessário.
- Encaminhar processo de vigilância ao ambiente de trabalho ao detectar qualquer situação risco que persiste, independentemente de estar relacionada ou não à causa do óbito.
- Analisar os Relatórios de Investigação recebidos dos municípios, servindo-se destes como subsídio para planejamento de ações e intervenções estratégicas do ponto de vista da prevenção das causas e redução da mortalidade relacionada ao trabalho.
- Encaminhar para articulação e providências, para a RAS, e se necessário, para outras instituições como SRT/MT, INSS, Ministério Público, etc.
- Realizar avaliação da investigação.

#### **- Atribuições da Coordenadoria Regional de Saúde (CRS)**

- Pactuar com os municípios de sua abrangência a investigação de 100% dos óbitos relacionados ao trabalho;
- Divulgar este Protocolo e seus anexos aos profissionais de saúde do Rede de Atenção à Saúde, RAS dos municípios de sua abrangência, bem como para qual(is) serviço(s) poderá ser solicitado apoio técnico;

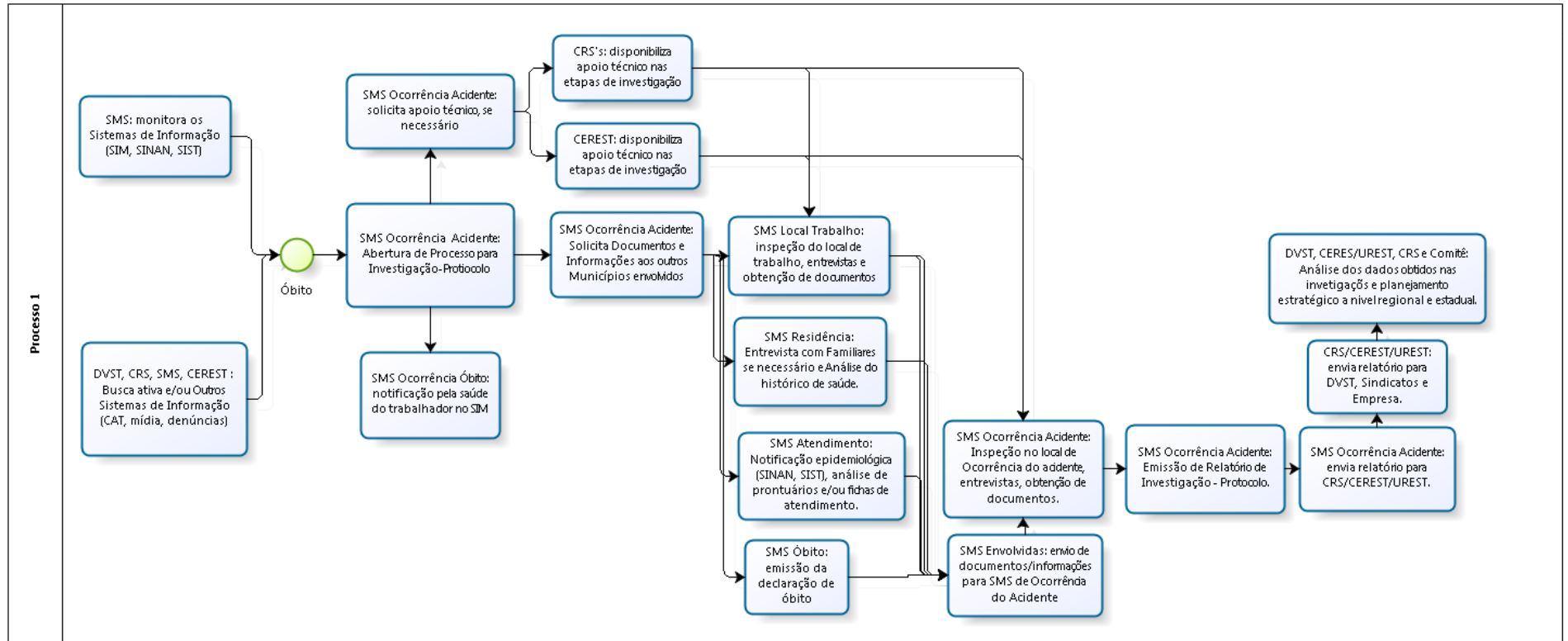
- Realizar, juntamente ao CEREST, capacitações e reuniões técnicas sobre Investigações de Óbitos Relacionados ao Trabalho;
- Disponibilizar apoio técnico para acompanhar a investigação do óbito,
- Apoiar a produção do relatório da investigação juntamente à SMS, se necessário;
- Arquivar Relatório da Investigação enviado pelo SMS ou CEREST e enviar cópia para DVST/CEVS/SES para o endereço de e-mail obitosdotrabalho@saude.rs.gov.br;
- Articular com o CEREST Regional, UREST, UMREST a abertura de processo de vigilância ao ambiente de trabalho ou encaminhamento para providências de outras instituições, ao detectar situação de risco descrita no Relatório;
- Sensibilizar os municípios sobre a saúde do trabalhador e o apoio técnico no espaço da CIR e Conselhos de Saúde.

**- Atribuições da Divisão de Vigilância em Saúde do Trabalhador/CEREST Estadual:**

- Orientar CRS, CEREST, UREST, quanto à pactuação da investigação de 100% óbitos relacionados ao trabalho
- Promover a revisão periódica deste Protocolo e seus anexos
- Divulgar este Protocolo e seus anexos a CRS e aos gestores municipais.
- Manter atualizada a área de abrangência para referência do apoio técnico à investigação, conforme Região de Saúde, CRS, CEREST Regional, UREST e UMREST, com respectivos endereços eletrônicos e telefones de contato.
- Analisar os Relatórios de Investigação recebidos das CRS e CEREST Regionais, servindo-se destes como subsídio para planejamento de ações e intervenções estratégicas do ponto de vista da prevenção das causas e redução da mortalidade relacionada ao trabalho no Rio Grande do Sul;
- Encaminhar, quadrimestralmente, apreciação dos relatórios às CRS e aos respectivos CEREST Regionais;
- Apresentar a análise epidemiológica dos Relatórios de Investigação recebidos das CRS e CEREST Regionais ao Comitê Estadual de Prevenção dos Óbitos Relacionados ao Trabalho, visando articulação intra e interinstitucional para planejamento de ações e intervenções estratégicas do ponto de vista da prevenção das causas e redução da mortalidade relacionada ao trabalho no Rio Grande do Sul.

## ANEXO A

### FLUXOGRAMA PARA INVESTIGAÇÃO DE ÓBITOS RELACIONADOS AO TRABALHO



## ANEXO B

### INVESTIGAÇÃO DE ÓBITO CAUSADO POR ACIDENTE DE TRABALHO

#### CHECK-LIST

Município:		CRS:	a
Data do óbito:		Região de Saúde:	
Data da investigação:			
Origem da Informação:			

#### I. DADOS DO TRABALHADOR ACIDENTADO - cartão SUS

1.	Nome <small>(obrigatório)</small>	
2.	RG nº.	
	expedido por	
	data	
3.	Nome da mãe	
4.	Data de nascimento <small>(obrigatório)</small>	
5.	Sexo <small>(obrigatório)</small>	
6.	Cor	
7.	Estado Civil	
8.	Escolaridade	
9.	Endereço completo <small>(município obrigatório)</small>	
	telefone	
10.	Ocupação <small>(obrigatório)</small>	
	tempo de trabalho na ocupação	
11.	Situação no mercado de trabalho <small>(obrigatório)</small>	<input type="checkbox"/> Empregado registrado c/ carteira assinada <input type="checkbox"/> Empregado não registrado <input type="checkbox"/> Autônomo/conta própria <input type="checkbox"/> Servidor público <input type="checkbox"/> Servidor público celetista estatutário <input type="checkbox"/> Desempregado <input type="checkbox"/> Aposentado <input type="checkbox"/> Cooperativado <input type="checkbox"/> Trabalho temporário <input type="checkbox"/> Empregador <input type="checkbox"/> Trabalhador avulso <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Ignorado
	data de admissão	
	tempo de trabalho na empresa	

## II. DADOS DA EMPRESA QUE ASSINA A CARTEIRA OU PAGA O SALÁRIO

1.	CGC	
2.	Razão social	
3.	Atividade econômica	
4.	Endereço completo <small>(município obrigatório)</small>	
	telefone	
5.	Foi o local de ocorrência do acidente?	
6.	É empresa terceirizada? <small>(obrigatório)</small>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> Ignorado
	Qual é a empresa contratante? <small>(obrigatório)</small>	

## III. DADOS DO ACIDENTE

1.	Nome da empresa, setor ou local de ocorrência do acidente	
2.	Data do acidente <small>(obrigatório)</small>	
3.	Hora do acidente <small>(obrigatório)</small>	
	após quantas horas de trabalho	
4.	Função exercida no momento do acidente – CBO	
	tempo nesta função	
	treinamento comprovado nesta função	
5.	Causa – CID -10 condições e/ou agentes que concorreram direta ou indiretamente, para a ocorrência do acidente	
6.	Equipamento causador do acidente <small>(obrigatório)</small>	
7.	Ocorrência de outros óbitos no mesmo acidente	
8.	Ocorrência anterior de acidentes semelhantes na empresa (mesmo equipamento ou processo de trabalho)	
9.	Fonte das informações sobre o acidente	
10.	Preenchimento de CAT <small>(obrigatório)</small>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> não se aplica <input type="checkbox"/> Ignorado
11.	Local do acidente <small>(obrigatório)</small>	<input type="checkbox"/> Instalações do contratante <input type="checkbox"/> Via pública <input type="checkbox"/> Instalações de terceiros <input type="checkbox"/> Domicílio próprio <input type="checkbox"/> Ignorado

## IV. DADOS DO ATENDIMENTO MÉDICO

1.	Serviço de saúde que realizou o primeiro atendimento <small>(nome obrigatório)</small>	
	município/UF	
2.	Serviços de saúde envolvidos em atendimentos subsequentes	
3.	Data do óbito	
4.	Descrição das lesões e partes do corpo atingidas <small>(obrigatório)</small>	
5.	Causa básica do óbito (CID-10) <small>(obrigatório)</small>	
6.	Diagnósticos (CID-10) de lesões associadas	
7.	Nome do(s) médico(s) e CRM que atenderam o trabalhador	
8.	Número da DO	
	nome e CRM do médico que preencheu	
	é declarado como acidente de trabalho?	
9.	Se necessário, cópia do prontuário médico e resultados de exames junto ao serviço onde o trabalhador foi atendido	
10.	Notificação	SINAN: ( ) Município ( ) CEREST
11.	Regime de tratamento	( ) Hospitalar ( ) Ambulatorial ( ) Ambos ( ) Ignorado ( ) Não se aplica

V. AMBIENTE DE TRABALHO (informações colhidas diretamente no local do acidente)

1. Descrição do acidente
2. Condições de máquinas, equipamentos, processos de trabalho envolvidos no acidente
3. Equipamentos de proteção coletiva e individual comprovadamente disponíveis para a atividade
4. Treinamentos de integração, de segurança, relativos à função, comprovados



5. Existência de revisões médicas periódicas para o trabalhador
6. Medidas adotadas pela empresa para prevenir eventos semelhantes

VI. DADOS DO SINDICATO DA CATEGORIA (informações colhidas diretamente em entrevista no sindicato)

• Nome do Sindicato	
• Endereço	
• contato	
• Nome do presidente	
• Nome do diretor de saúde	
• Central sindical a que pertence	
• Relato sobre a relação da empresa com o sindicato	
• Investigar junto ao sindicato quais as condições adequadas de trabalho	
• Relato do acidente e suas causas	

VII. OBSERVAÇÕES (outros dados relevantes)

--

VIII. PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS PELA VIGILÂNCIA

Nome	Função	Instituição

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

## ANEXO C

### RELATÓRIO DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITO RELACIONADO AO TRABALHO

#### Dados Gerais:

Nome:	
Endereço residencial:	
Ocupação:	
Empresa/ Local de trabalho:	
Endereço de trabalho:	
Data do óbito:	
Data da investigação:	

#### Histórico da Investigação:

##### Análise documental:

##### Análise do local de trabalho/local do acidente:

##### Circunstâncias do acidente:

##### Procedimentos/encaminhamentos:

Aos familiares forneceu-se as seguintes orientações:

Ao empregador fez-se as seguintes solicitações:

Outros encaminhamentos foram:

- notificação no SINAN (se acidente de trabalho grave)
- notificação no SINAN (se violência)
- notificação no SIST (se doença relacionada ao trabalho)
- comunicação a outras instituições para providências cabíveis (qual, o que...)
- solicitação de vigilância ao ambiente de trabalho

#### Conclusão:

O óbito investigado (não) (está) relacionado ao trabalho, caracterizado como (típico, de trajeto, doença relacionada ao trabalho).

#### Equipe de investigação:

Local: \_\_\_\_\_ data: \_\_\_\_\_

## ANEXO D

### TERMO DE NOTIFICAÇÃO

Exemplo de termo de notificação para solicitação da documentação necessário a análise do ambiente e processo de trabalho.

Dando seguimento a ação de vigilância ao ambiente de trabalho realizada nesta empresa em XX de xxxx de 201X, vimos solicitar cópia dos seguintes documentos:

- Programação e lista de presença das capacitações de Saúde e Segurança aos trabalhadores da empresa;
- Recibo de entrega de EPI aos trabalhadores da empresa envolvida;
- Cópia das ordens de serviço e demais medidas de Saúde e Segurança, aos trabalhadores;
- Cópia das CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho) emitidas pela empresa, nos últimos doze meses;
- Laudo do acompanhamento clínico periódico dos trabalhadores e Laudo dos riscos ambientais e respectivas ações de prevenção da empresa envolvida;
- Cópia das atas da CIPA (Comissão Interna de Prevenção de Acidentes) dos últimos doze meses.

O prazo para o envio dos documentos acima é de 15 (quinze) dias, a contar da data do recebimento desta.

Porto Alegre, xx de xxxx de 201X.

# ANEXO E

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE INVESTIGAÇÃO ACIDENTE DE TRABALHO GRAVE		Nº	
<p><b>Definição de caso:</b> <span style="color: red;">★</span> CAMPO OBRIGATÓRIO</p> <p>- São considerados acidentes de trabalho aqueles que ocorram no exercício da atividade laboral, ou no percurso de casa para o trabalho. São considerados acidentes de trabalho graves aqueles que resultam em morte, aqueles que resultam em mutilações e aqueles que acontecem com menores de dezoito anos.</p> <p>- Acidente de trabalho fatal é aquele que leva a óbito imediatamente após sua ocorrência ou que venha a ocorrer posteriormente, a qualquer momento, em ambiente hospitalar ou não, desde que a causa básica, intermediária ou imediata da morte seja decorrente do acidente.</p> <p>- Acidentes de trabalho com mutilações: é quando o acidente ocasiona lesão (poli traumatismos, amputações, esmagamentos, traumatismos crânio-encefálico, fratura de coluna, lesão de medula espinhal, trauma com lesões viscerais, eletrocussão, asfixia, queimaduras, perda de consciência e aborto) que resulte em internação hospitalar, a qual poderá levar à redução temporária ou permanente da capacidade para o trabalho.</p> <p>- Acidentes do trabalho em crianças e adolescentes: é quando o acidente de trabalho acontece com pessoas menores de dezoito anos.</p>					
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação		2 - Individual		
	2 Agravado(a)		Código (CID10)	3 Data da Notificação <span style="color: red;">★</span>	
	<b>ACIDENTE DE TRABALHO GRAVE</b>		Y 96		
	4 UF <span style="color: red;">★</span>	5 Município de Notificação <span style="color: red;">★</span>	Código (IBGE)		
6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) <span style="color: red;">★</span>		Código	7 Data do Acidente <span style="color: red;">★</span>		
Notificação Individual	8 Nome do Paciente <span style="color: red;">★</span>			9 Data de Nascimento <span style="color: red;">★</span>	
	10 (ou) Idade <span style="color: red;">★</span>	11 Sexo <span style="color: red;">★</span>	12 Gestante <span style="color: red;">★</span>	13 Raça/Cor <span style="color: red;">★</span>	
	<small>1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano</small> <input type="checkbox"/> 1 - Hora <input type="checkbox"/> 2 - Dia <input type="checkbox"/> 3 - Mês <input type="checkbox"/> 4 - Ano		<small>1 - Masculino 2 - Feminino 3 - Ignorado</small> <input type="checkbox"/> 1 - Masculino <input type="checkbox"/> 2 - Feminino <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado	<small>1-1ª Trimestre 2-2ª Trimestre 3-3ª Trimestre 4 - Não se aplica 5 - Não se aplica 6 - Ignorado</small> <input type="checkbox"/> 1-1ª Trimestre <input type="checkbox"/> 2-2ª Trimestre <input type="checkbox"/> 3-3ª Trimestre <input type="checkbox"/> 4 - Não se aplica <input type="checkbox"/> 5 - Não se aplica <input type="checkbox"/> 6 - Ignorado	<small>1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 6 - Ignorado</small> <input type="checkbox"/> 1 - Branca <input type="checkbox"/> 2 - Preta <input type="checkbox"/> 3 - Amarela <input type="checkbox"/> 4 - Parda <input type="checkbox"/> 5 - Indígena <input type="checkbox"/> 6 - Ignorado
	14 Escolaridade <span style="color: red;">★</span>				
	<small>1 - Analfabeto 2 - 1ª a 4ª série incompleta do EF (ensino primário ou 1º grau) 3-4ª série completa do EF (ensino primário ou 1º grau) 5-5ª a 8ª série incompleta do EF (ensino primário ou 1º grau) 6 - Ensino fundamental completo (ensino ginasial ou 1º grau) 7 - Ensino médio incompleto (ensino colegial ou 2º grau) 8 - Ensino médio completo (ensino colegial ou 2º grau) 9 - Educação superior incompleta 10 - Educação superior completa 11 - Ignorado 12 - Não se aplica</small>				
15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe			
Dados de Residência	17 UF <span style="color: red;">★</span>	18 Município de Residência <span style="color: red;">★</span>	Código (IBGE)	19 Distrito	
	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		
	28 (DDD) Telefone		29 Zona	30 País (se residente fora do Brasil) <span style="color: red;">★</span>	
			<small>1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 4 - Ignorado</small> <input type="checkbox"/> 1 - Urbana <input type="checkbox"/> 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana <input type="checkbox"/> 4 - Ignorado		
	<b>Dados Complementares do Caso</b>				
Antecedentes Epidemiológicos	31 Ocupação				
	32 Situação no Mercado de Trabalho				
	<small>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</small>				
	33 Tempo de Trabalho na Ocupação		34 Local Onde Ocorreu o Acidente <span style="color: red;">★</span>		
	<small>1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano</small> <input type="checkbox"/> 1 - Hora <input type="checkbox"/> 2 - Dia <input type="checkbox"/> 3 - Mês <input type="checkbox"/> 4 - Ano		<small>1 - Instalações do contratante 2 - Via pública 3 - Instalações de terceiros 4 - Domicílio próprio 8 - Ignorado</small> <input type="checkbox"/> 1 - Instalações do contratante <input type="checkbox"/> 2 - Via pública <input type="checkbox"/> 3 - Instalações de terceiros <input type="checkbox"/> 4 - Domicílio próprio <input type="checkbox"/> 8 - Ignorado		
	Dados da Empresa Contratante				
	35 Registro/ CNPJ ou CPF		36 Nome da Empresa ou Empregador		
	37 Atividade Econômica (CNAE)		38 UF	39 Município	
	40 Distrito		41 Bairro	42 Endereço	
	43 Número	44 Ponto de Referência	45 (DDD) Telefone		

Antecedentes Epidemiológicos	46 O Empregador é Empresa Terceirizada <input type="checkbox"/>			
	1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9 - Ignorado			
	47 Se Empresa Terceirizada, Qual o CNAE da Empresa Principal		48 CNPJ da Empresa Principal	
49 Razão Social (Nome da Empresa)				
Dados do Acidente	50 Hora do Acidente		51 Horas Após o Início da Jornada	
	H (hora) M (minutos)		H (hora) M (minutos)	
	52 UF	53 Município de Ocorrência do Acidente	Código (IBGE)	54 Código da Causa do Acidente CID 10 (de V01 a Y98) CID 10
	55 Tipo de Acidente		56 Houve Outros Trabalhadores Atingidos	
1 - Típico 2 - Trajeto 9 - Ignorado		1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
Dados do Atendimento Médico	58 Ocorreu Atendimento Médico? <input type="checkbox"/>			59 Data do Atendimento
	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			60 UF
	61 Município do Atendimento	Código (IBGE)	62 Nome da U. S de Atendimento	
	63 Partes do Corpo Atingidas *		64 Diagnóstico da Lesão	
	01- Olho 04- Tórax 07- Membro superior 10- Todo o corpo 02- Cabeça 05- Abdome 08-Membro inferior 11- Outro 03- Pescoço 06- Mão 09- Pé 99- Ignorado		CID 10 *	
		65 Regime de Tratamento		
		1- Hospitalar <input type="checkbox"/> 2- Ambulatorial 3- Ambos 9- Ignorado		
Conclusão	66 Evolução do Caso			<input type="checkbox"/>
	1 - Cura 2 - Incapacidade temporária 3 - Incapacidade parcial 4 - Incapacidade total permanente 5 - Óbito por acidente de trabalho grave 6 - Óbito por outras causas 7 - Outro 9 - Ignorado			
67 Se Óbito, Data do Óbito		68 Foi Emitida a Comunicação de Acidente no Trabalho - CAT * <input type="checkbox"/>		
		1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9 - Ignorado		

### Informações complementares e observações

Descrição sumária de como ocorreu o acidente/ atividade/ causas/ condições/ objeto/ agentes que concorreram direta ou indiretamente para a ocorrência do acidente


Outras informações:


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