

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

Versão 2020

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/UREST¹ 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.
- Registrar o Relatório de Investigação preenchendo o Formulário de Investigação de Óbitos disponível na página da RINA/SIST (www.sist.saude.rs.gov.br), no link INVESTIGAÇÃO DE ÓBITO, à esquerda da página de Pesquisa RINA.
- Após conclusão da investigação enviar para validação.
- Corrigir os registros dos formulários de notificação dos sistemas SIM, SINAN e SIST conforme os dados obtidos na investigação.

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).
- Preencher os campos relativos à residência do trabalhador na aba do Formulário de Investigação de Óbitos disponível na página da RINA/SIST.
- 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);

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

- 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.
- Preencher os campos relativos a empresa e ou local de trabalho na aba respectiva do Formulário de Investigação de Óbitos disponível na página da RINA/SIST.
- 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;
- Preencher os campos relativos ao atendimento do trabalhador na respectiva aba do Formulário de Investigação de Óbitos disponível na página da RINA/SIST.
- 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.
- Preencher os campos relativos ao óbito do trabalhador na respectiva aba do Formulário de Investigação de Óbitos disponível na página da RINA/SIST.

- 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 de risco que persiste, independentemente de estar relacionada ou não à causa do óbito.
- Validar os Formulários de Investigação de Óbitos enviados para análise, na página da RINA/SIST, quando for o caso.
- 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 da 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;
- 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.
- Validar, quando for o caso, os Formulário de Investigação de Óbitos enviados para análise, na página da RINA/SIST.

- 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.
- Validar, quando for o caso, os Formulário de Investigação de Óbitos enviados para análise, na página da RINA/SIST.
- 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.

Os critérios de tempo aprovados para validação das investigações são:

- Todas as investigações registradas no formulário antigo, como havia campos obrigatórios sem os quais os registros não eram inseridos, são todos considerados investigações concluídas (última investigação registrada em 04 de agosto de 2020).
- Os 23 registros do formulário novo da Procergs, os quais tem campos obrigatórios (marcados com um asterisco "*" no formulário mais o número da DO) incompletos, terão até o final do último quadrimestre para serem completados. Após este período, os que não forem completados serão considerados como investigações não concluídas.
- As demais investigações registradas este ano (óbitos de 2020 e anteriores) devem ter os campos obrigatórios* e o número da DO preenchidos para serem considerados concluídos.
- A partir de 2021, os óbitos de 2021 deverão ter, além dos campos obrigatórios*, o campo 109- Encaminhamentos demandados pela equipe de vigilância à empresa/empregador, a Atividade econômica (CNAE) do SINAN, o número da DO e do SINAN (se forem relacionados ao trabalho) preenchidos para serem considerados concluídos.

Após o envio da investigação para análise e validação, os campos não podem ser alterados.

Os critérios para regionalização da validação são:

A validação atualmente fica sob responsabilidade da DVST. Após a homologação do formulário e sua colocação em produção, será discutida a descentralização da validação, conforme os critérios abaixo:

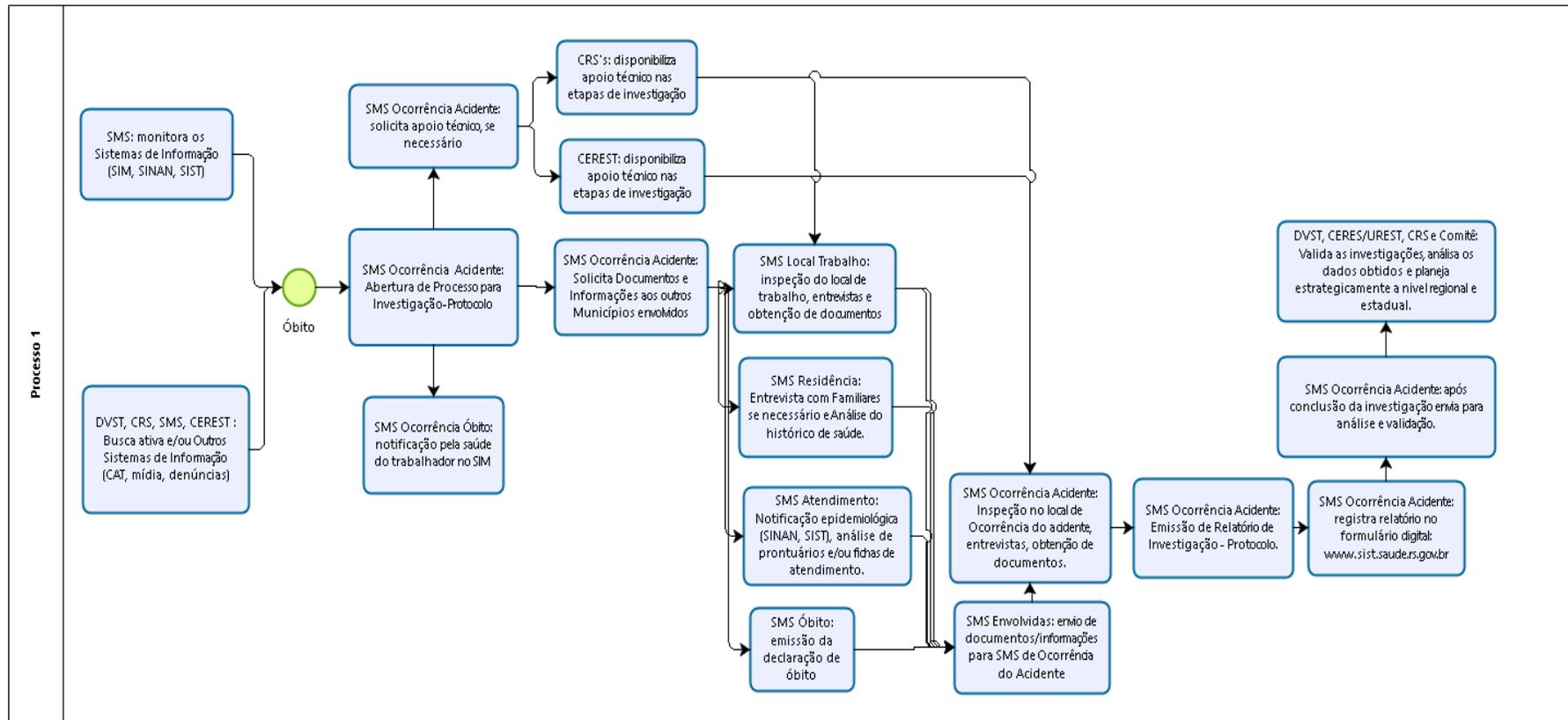
- Nas regiões onde existe CEREST, este será indicado para validar;
- Nas regiões onde não existe CEREST (apesar de ter CEREST de referência) poderá ser indicado a CRS;
- Nas regiões onde não há CEREST de referência, será indicado a CRS e suplementarmente a DVST.

Para o preenchimento do campo 109 do novo formulário, indica-se as seguintes sugestões:

- Empresa formal: notificação, ofício, auto de infração.
- Trabalho informal: ata de reunião assinada pelos atores envolvidos, com clara indicação das demandas.
- Acionamento do MPT, site: [chegadeacidentededetrabalho](https://www.facebook.com/chegadeacidentededetrabalho) no facebook.

ANEXO A

FLUXOGRAMA PARA INVESTIGAÇÃO DE ÓBITOS RELACIONADOS AO TRABALHO



ANEXO B

CHECK-LIST INVESTIGAÇÃO DE ÓBITO RELACIONADO AO TRABALHO

DADOS GERAIS

* Campos obrigatórios

1-Município de ocorrência*	
2-CRS*	
3-Região de Saúde*	
4-Data do óbito*	
5-Data da investigação:	
6-Fonte da Informação:	() Mídia (jornais, rádio, TV, Internet,...) () Serviço de saúde municipal () CEREST/UREST/UMREST () CRS () Ministério Público (estadual, MPT, ...) () Outra: _____
7-Conclusão da investigação:	() Evento RELACIONADO ao trabalho () Evento NÃO RELACIONADO ao trabalho () Outro: _____

DADOS DO(A) TRABALHADOR(A)

8- nº cartão SUS	
9-Nome *	
10-CPF nº *	
11-Nome da mãe	
12-Data de nascimento *	
13-Sexo *	() Feminino () Masculino () Ignorado
14-Raça/Cor *	() Branca () Preta () Amarela () Pardo () Indígena () Ignorado
15-Estado Civil	() Solteiro(a) () Casado(a) () Viúvo(a) () Separado(a)/Divorciado(a) () União estável () Ignorado
16-Escolaridade	
17-Endereço de residência	

18-Município de residência *	
19-Telefone	
20-Ocupação – CBO *	
21-tempo de trabalho na ocupação	<input type="checkbox"/> < 1 ano <input type="checkbox"/> 1 a 5 anos <input type="checkbox"/> 6 a 10 anos <input type="checkbox"/> 11 a 15 anos <input type="checkbox"/> 16 a 20 anos <input type="checkbox"/> 21 a 25 anos <input type="checkbox"/> 26 anos ou mais <input type="checkbox"/> ignorado
22-Situação no mercado de trabalho *	<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 estatutário <input type="checkbox"/> Servidor público celetista <input type="checkbox"/> Aposentado <input type="checkbox"/> Desempregado <input type="checkbox"/> Trabalho temporário <input type="checkbox"/> Cooperativado <input type="checkbox"/> Trabalhador avulso <input type="checkbox"/> Empregador <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Ignorado
23-data de admissão	
24-tempo de trabalho na empresa	<input type="checkbox"/> < 1 ano <input type="checkbox"/> 1 a 5 anos <input type="checkbox"/> 6 a 10 anos <input type="checkbox"/> 11 a 15 anos <input type="checkbox"/> 16 a 20 anos <input type="checkbox"/> 21 a 25 anos <input type="checkbox"/> 26 anos ou mais <input type="checkbox"/> ignorado <input type="checkbox"/> não se aplica

DADOS DA EMPRESA QUE ASSINA A CARTEIRA OU PAGA O SALÁRIO

25-CNPJ	
26-Razão social	
27-Atividade econômica *	
28-Endereço da empresa	

29-Município da empresa *	
30-telefone	
31-É empresa terceirizada? *	() Sim () Não () Não se aplica () Ignorado
32-Qual é a empresa contratante/ terceirizada? (obrigatório)	
33-Razão social da empresa contratante/ terceirizada	
34-CNPJ da empresa contratante/ terceirizada	
35-Número total de trabalhadores *	
36-Constituição do SESMT	
37-Constituição da CIPA	

38-TIPO DE AGRAVO - ACIDENTE DE TRABALHO *

- () Acidente de trabalho típico
 () Acidente de trabalho de trajeto
 () Doenças relacionado ao trabalho

DADOS DO ACIDENTE – Acidente de trabalho típico

39-Local de ocorrência do acidente *	() Instalações do contratante () Via pública () Instalações de terceiros () Domicílio próprio () Ignorado
40-Nome da empresa, setor ou local de ocorrência do acidente	
41-Endereço do local de ocorrência do acidente (se instalações de terceiros) onde o município é obrigatório *	
42-Data do acidente *	
43-Hora do acidente *	
44-após quantas horas de trabalho?	
45-Função exercida no momento do acidente – CBO	
46-tempo de trabalho nesta função	() < 1 ano () 1 a 5 anos () 6 a 10 anos

	<input type="checkbox"/> 11 a 15 anos <input type="checkbox"/> 16 a 20 anos <input type="checkbox"/> 21 a 25 anos <input type="checkbox"/> 26 anos ou mais <input type="checkbox"/> ignorado
47-treinamento comprovado nesta função	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> Ignorado
48-Causa – CID10 *	
49-Equipamento causador do acidente – tipo, marca, modelo *	
50-Ocorrência anterior	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado
51-Preenchimento de CAT *	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> não se aplica <input type="checkbox"/> Ignorado
52-Nº da CAT	
53-Houve outros trabalhadores atingidos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado
54-Se sim, quantos?	
55-Nome(s) da(s) vítima(s)	
56-Houve outros óbitos de trabalhadores no mesmo acidente?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado
57-Se sim, quantos?	
58-Nº da(s) ficha(s) de notificação	
59-Fonte das informações sobre o acidente (aceita mais de uma opção)	<input type="checkbox"/> Empregador <input type="checkbox"/> Outro(s) trabalhador(es) <input type="checkbox"/> Familiar(es) <input type="checkbox"/> Documentos <input type="checkbox"/> Outra:

DADOS DO ACIDENTE – Acidente de trabalho de trajeto

60-Nome da empresa, setor ou local de ocorrência do acidente	
61-Endereço do local de ocorrência do acidente (se instalações de terceiros), município é obrigatório. *	
62-Data do acidente *	
63-Hora do acidente *	
64-Causa – CID10 *	
65-Placa do veículo	
66-Trabalhador(a) acidentado(a) era condutor(a) do veículo?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> não se aplica <input type="checkbox"/> Ignorado
67-Estava transportando carga?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

	<input type="checkbox"/> não se aplica <input type="checkbox"/> Ignorado
68-Equipamento causador do acidente – tipo, marca, modelo *	
69-Preenchimento de CAT *	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> não se aplica <input type="checkbox"/> Ignorado
70-Nº da CAT	
71-Fonte das informações sobre o acidente (aceita mais de uma opção)	<input type="checkbox"/> Empregador <input type="checkbox"/> Outro(s) trabalhador(es) <input type="checkbox"/> Familiar(es) <input type="checkbox"/> Documentos <input type="checkbox"/> Outra:

DADOS DO ACIDENTE – Doença relacionada ao trabalho

72-Tipo de doença	<input type="checkbox"/> Câncer relacionado ao trabalho <input type="checkbox"/> Transtorno mental relacionado ao trabalho <input type="checkbox"/> Intoxicação exógena <input type="checkbox"/> Pneumoconiose <input type="checkbox"/> Leptospirose <input type="checkbox"/> Outro: _____
73-Diagnóstico CID-10 (Usar o código CID para o diagnóstico)	
74-Data do diagnóstico	
75-Ocupação exercida (Usar o código CBO para a função exercida.)	
76-Tempo nesta função	
77-Causa – CID10 (usar o código CID para as condições e/ou agentes que concorreram direta ou indiretamente para a ocorrência do acidente)	
78-Fonte das informações sobre o acidente (aceita mais de uma opção)	<input type="checkbox"/> Familiar(es) <input type="checkbox"/> Prontuário <input type="checkbox"/> Outra:
79-Preenchimento de CAT *	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> não se aplica <input type="checkbox"/> Ignorado
80-Nº da CAT	

DADOS DO ATENDIMENTO MÉDICO

81-Serviço de saúde que realizou o primeiro atendimento *	
82- Serviços de saúde envolvidos em atendimentos subsequentes	
83- Município/UF *	

84-Partes do corpo atingidas *	<input type="checkbox"/> Olho <input type="checkbox"/> cabeça <input type="checkbox"/> pescoço <input type="checkbox"/> tórax <input type="checkbox"/> abdome <input type="checkbox"/> mão	<input type="checkbox"/> membro superior <input type="checkbox"/> membro inferior <input type="checkbox"/> pé <input type="checkbox"/> todo o corpo <input type="checkbox"/> outro <input type="checkbox"/> ignorado
85-Causa básica do óbito (CID-10) *		
86-Diagnósticos (CID-10) de lesões associadas *		
87-Número da DO		
88-nome e CRM do médico que preencheu a DO		
89-é declarado como acidente de trabalho? (campo 49 da DO)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> não se aplica <input type="checkbox"/> Ignorado	
90-Informações relevantes		
91-Notificação nos Sistemas de Informação	<input type="checkbox"/> SINAN – ACIDENTE DE TRABALHO GRAVE <input type="checkbox"/> SINAN – VIOLÊNCIA <input type="checkbox"/> SINAN – INTOXICAÇÃO EXÓGENA <input type="checkbox"/> SINAN – OUTROS AGRAVOS EM SAÚDE DO TRABALHADOR <input type="checkbox"/> SIST – DOENÇAS RELACIONADAS AO TRAB. <input type="checkbox"/> OUTRO: _____	
92-Nº da ficha de notificação		

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

93-Descrição do acidente
94-Condições de máquinas, equipamentos, processos de trabalho envolvidos no acidente
95-Equipamentos de proteção coletiva e individual comprovadamente disponíveis para a atividade

96-Treinamentos de integração, de segurança, relativos à função, comprovados
97-Existência de revisões médicas periódicas para o trabalhador
98-Medidas identificadas/adotadas pela empresa para prevenir eventos semelhantes

DADOS DO SINDICATO DA CATEGORIA

99	Nome do Sindicato	
100	Endereço	
101	Contato	
102	Relato sobre a relação da empresa com o sindicato	
103	Investigar junto ao sindicato quais as condições adequadas de trabalho	
104	Relato do acidente e suas causas	

ENCAMINHAMENTOS E PROVIDÊNCIAS A PARTIR DA INVESTIGAÇÃO

105	Comunicação a outras instituições para providências cabíveis	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica
106	Se sim, qual instituição?	<input type="checkbox"/> MPT <input type="checkbox"/> SRT <input type="checkbox"/> Conselho Profissional <input type="checkbox"/> Conselho de Saúde <input type="checkbox"/> Sindicato de trabalhadores <input type="checkbox"/> Polícia Civil, Federal, Rodoviária <input type="checkbox"/> Corpo de Bombeiros

		() Outros: _____
107	Solicitação de vigilância ao ambiente de trabalho	() Sim () Não () Não se aplica
108	Se sim, para qual instituição?	() Vigilância em Saúde do município () Cerest Regional/ () CRS/ () Cerest Estadual
103	Encaminhamentos demandados pela equipe investigativa à empresa/empregador (obrigatório)	
110	Outras	

111-OBSERVAÇÕES (outros dados relevantes)

--

PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS PELA VIGILÂNCIA

112-Nome	Função	Instituição

113-Data: ____/____/____.

114-Validação	Função	Instituição

115-Data: ____/____/____.

INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO DO

CHECK-LIST INVESTIGAÇÃO DE ÓBITO RELACIONADO AO TRABALHO

DADOS GERAIS

1-Preencher com o nome completo do município onde ocorreu o acidente ou doença. OBRIGATÓRIO.

2-Preencher com a Coordenadoria Regional de Saúde. Campo OBRIGATÓRIO e completado automaticamente em função do município pelo formulário digital.

3-Região de Saúde. OBRIGATÓRIO e automático no digital.

4-Preencher com a data do óbito. OBRIGATÓRIO.

5-Preencher com a data em que foi concluída a última ação investigativa.

6-Preencher com a fonte da informação sobre a ocorrência de óbito relacionado ao trabalho. Aceita mais de uma opção. (Mídia (jornais, rádio, TV, Internet,...), Serviço de saúde municipal, CEREST/UREST/UMREST, CRS, Ministério Público (estadual, MPT, MPF), Outra).

7-Preencher com a conclusão da investigação sobre a relação entre o óbito/circunstância do óbito e o trabalho da vítima. (Evento RELACIONADO ao trabalho, inclui acidente de trabalho típico, acidente de trajeto e doença relacionada ao trabalho. Evento NÃO RELACIONADO ao trabalho aplica-se aos casos em que, após a investigação, não foi confirmada a relação entre o evento (acidente ou doença) e o trabalho da vítima. Outro).

DADOS DO(A) TRABALHADOR(A)

8-Preencher com o número do Cartão Único do Sistema Único de Saúde – SUS.

9-Preencher com o nome completo do paciente (sem abreviações). OBRIGATÓRIO.

10-Preencher com o número do Cadastro de Pessoa Física. OBRIGATÓRIO.

11-Preencher com o nome completo da mãe do paciente (sem abreviações).

12-Preencher com a data de nascimento do paciente (dia/mês/ano). OBRIGATÓRIO.

13-Informar o sexo do paciente (Feminino/Masculino/Ignorado). OBRIGATÓRIO.

14-Preencher com a correspondente cor ou raça do paciente. (Branca, Preta, Amarela (compreendendo-se nesta categoria a pessoa de raça amarela), Parda (incluindo-se nesta categoria a pessoa mulata, cabocla, cafuza, mameluca ou mestiça de preto com pessoa de outra cor ou raça), indígena (considerando-se nesta categoria a pessoa indígena ou índia).

15-Preencher com o correspondente estado civil do paciente. (Solteiro/a, Casado/a, Viúvo/a, Separado/a ou Divorciado/a, União estável, Ignorado).

16-Preencher com a correspondente escolaridade do paciente. (Não sabe ler/escrever, Alfabetizado, Fundamental (1º) incompleto, Fundamental (1º) completo, Médio (2º) incompleto, Médio (2º) completo, Superior incompleto, Superior completo, Especialização/residência, Mestrado, Doutorado, Não estudante, Não informado).

17-Preencher com o endereço completo de residência do paciente.

18-Preencher com nome do município onde reside o paciente. OBRIGATÓRIO.

19-Preencher com o DDD e telefone do paciente.

20-Preencher com o CBO da ocupação, função desenvolvida pelo trabalhador na data do acidente. OBRIGATÓRIO.

21-Marcas o tempo de trabalho na ocupação (<1 anos, 1 a 5 anos, 6 a 10 anos, 11 a 15 anos, 16 a 20 anos, 21 a 25 anos, 26 anos ou mais, ignorado).

22-Marcas a situação no mercado de trabalho conforme as alternativas apresentadas. (Empregado registrado c/ carteira assinada, Empregado não registrado, Autônomo/conta própria, Servidor público estatutário, Servidor público celetista, Aposentado, Desempregado, Trabalho temporário, Cooperativado, Trabalhador avulso, Empregador, Outros, Ignorado). Obrigatório.

23-Preencher com a data em que o trabalhador foi admitido na empresa.

24-Preencher com o tempo de trabalho do paciente na empresa (<1 anos, 1 a 5 anos, 6 a 10 anos, 11 a 15 anos, 16 a 20 anos, 21 a 25 anos, 26 anos ou mais, ignorado, não se aplica).

DADOS DA EMPRESA QUE ASSINA A CARTEIRA OU PAGA O SALÁRIO

25-Preencher com o número do CNPJ da empresa contratante do trabalhador.

26-Preencher com a razão social (nome) da empresa contratante (em caso de autônomo/conta própria colocar AUTÔNOMO, mas quando for autônomo prestando serviço a empresa: NOME DA EMPRESA QUE CONTRATA/PAGA O SERVIÇO; em caso de empregado/servidor público/cooperativado (qualquer vínculo): NOME DA EMPRESA QUE ASSINA A CARTEIRA OU PAGA O SALÁRIO; em caso de aposentado/desempregado: NOME DA ÚLTIMA EMPRESA QUE ASSINAVA A CARTEIRA OU PAGAVA O SALÁRIO; em caso de empregador: NOME DA EMPRESA; em caso de trabalhador temporário/avulso: NOME DA EMPRESA/PESSOA QUE ASSINA A

CARTEIRA OU PAGA O SALÁRIO).

27-Preencher com o ramo de atividade econômica conforme CNAE da empresa (utilizar CNAE versão 1.0). OBRIGATÓRIO.

28-Preencher com o endereço da empresa (rua, avenida, etc).

29-Preencher com o nome do município onde esta localizada a empresa contratante ou local de trabalho. OBRIGATÓRIO.

30-Preencher com o telefone da empresa.

31-Preencher indicando se a empresa contratante é empresa terceirizada (Sim/ Não/ Não se aplica/ Ignorado). OBRIGATÓRIO.

32-Preencher com a razão social (nome) da empresa contratante/terceirizada.

33-Preencher com o endereço da empresa contratante/terceirizada.

34-Preencher com o CNPJ da empresa contratante/terceirizada.

35-Preencher com o número total de trabalhadores. OBRIGATÓRIO.

36-Preencher com o número de componentes do SESMT.

37-Preencher com o número de trabalhadores eleitos para CIPA.

38-Marcar o TIPO DE AGRAVO: Acidente de trabalho típico/ Acidente de trabalho de trajeto/ Doenças relacionado ao trabalho

Definição de caso:

Acidente de trabalho típico é o que ocorre durante o exercício da função, no local de trabalho; acidente durante o exercício da função noutro local a serviço da empresa; violência no trabalho (agressão, assalto, homicídio, etc.).

Acidente de trabalho de trajeto é o que ocorre durante o deslocamento entre a residência e o trabalho.

Doença relacionada ao trabalho é a doenças em que o trabalho é causa necessária, fator de risco/contributivo ou concausa (provocador de um distúrbio latente ou agravador de doença já estabelecida ou preexistente).

DADOS DO ACIDENTE – Acidente de trabalho típico

39-Preencher com o local em que a acidente ocorreu (Instalações do contratante, Via pública, Instalações de terceiros, Domicílio próprio, Ignorado). OBRIGATÓRIO.

40-Preencher com o nome da empresa, setor ou local onde efetivamente ocorreu o acidente.

41-Preencher com endereço do local de ocorrência do acidente (se instalação de terceiros), Município de ocorrência OBRIGATÓRIO.

42-Preencher com a data de ocorrência do acidente. OBRIGATÓRIO.

43-Preencher com o horário que ocorreu o acidente. OBRIGATÓRIO.

44-Preencher com o tempo após o início da jornada, em que ocorreu o acidente.

45-Preencher com a função exercida no momento do acidente – CBO: Refere-se à função efetivamente desenvolvida pelo(a) trabalhador(a) no momento em que ocorreu o evento. Pode ser diferente da função para a qual foi contratado(a) ou que exercia habitualmente.

46-Preencher com o tempo em que o trabalhador exercia a função do campo anterior (<1 anos, 1 a 5 anos, 6 a 10 anos, 11 a 15 anos, 16 a 20 anos, 21 a 25 anos, 26 anos ou mais, ignorado).

47-Preencher com informação de existência de treinamento (sim, não, não se aplica, ignorado).

48-Preencher com a Causa usando o código CID10 para as condições e/ou agentes que concorreram direta ou indiretamente para ocorrência do acidente. OBRIGATÓRIO.

49-Preencher com o nome, tipo, marca, modelo do equipamento que causou o acidente. OBRIGATÓRIO.

50-Preencher com ocorrência anterior de acidentes semelhantes (mesmo equipamento ou processo de trabalho) na empresa (sim, não, ignorado).

51-Preencher quando houver a emissão da Comunicação de Acidente de Trabalho – CAT pela empresa com: Sim, Não, Não se aplica, Ignorado. Obs. NÃO SE APLICA: quando for trabalhador(a) informal ou não-segurado(a) no INSS (ex.: servidor público com previdência municipal ou IPE). OBRIGATÓRIO.

52-Preencher com o número da CAT- (Vide Campo III, INSS, item 66 do formulário). Atenção: CAT parcial extingue-se em 60 dias, não considerar como preenchimento de CAT.

53-Houve outros trabalhadores atingidos no mesmo acidente: sim, não, ignorado.

54-Preencher com o número de trabalhadores atingidos no acidente.

- 55-Preencher com o nome de todas as vítimas.
- 56-Preencher informando se houve outros óbitos no mesmo acidente, com: sim, não, ignorado.
- 57-Preencher indicando o número de óbitos de trabalhadores.
- 58-Preencher com o sistema (SIM/SINAN/SIST) e número dos registros de notificação dos trabalhadores envolvidos no acidente.
- 59-Marcas a fonte de informação sobre o acidente, pode ser preenchido com mais de uma opção: Empregador/ Outro(s) trabalhador(es)/Familiar(es)/Documentos/Outros.
- DADOS DO ACIDENTE – Acidente de trabalho de trajeto
- 60-Preencher com o nome da empresa, setor ou local onde efetivamente ocorreu o acidente.
- 61-Preencher com endereço do local de ocorrência do acidente/ Município de ocorrência OBRIGATÓRIO.
- 62-Preencher com a data de ocorrência do acidente. OBRIGATÓRIO.
- 63-Preencher com o horário que ocorreu o acidente. OBRIGATÓRIO.
- 64-Preencher usando o código CID10 para as condições e/ou agentes que concorreram direta ou indiretamente para ocorrência do acidente. OBRIGATÓRIO.
- 65-Preencher com a placa do veículo.
- 66-Se trabalhador(a) acidentado(a) era condutor(a) do veículo, marcar: Sim/ Não/ não se aplica/ Ignorado.
- 67-Se estava transportando carga marcar: Sim/ Não/ não se aplica/ Ignorado.
- 68-Preencher com tipo, marca, modelo do equipamento causador do acidente OBRIGATÓRIO.
- 69-Preencher quando houver a emissão da Comunicação de Acidente de Trabalho – CAT pela empresa com: Sim, Não, Não se aplica, Ignorado. Obs. NÃO SE APLICA: quando for trabalhador(a) informal ou não-segurado(a) no INSS (ex.: servidor público com previdência municipal ou IPE). CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.
- 70-Preencher com o número da CAT- (Vide Campo III, INSS, item 66 do formulário). Atenção: CAT parcial extingue-se em 60 dias, não considerar como preenchimento de CAT.
- 71-Preencher com a fonte de informação sobre o acidente, pode ser preenchido com mais de uma opção: Empregador/ Outro(s) trabalhador(es)/ Familiar(es)/ Documentos/ Outros.
- DADOS DO ACIDENTE – Doença relacionada ao trabalho
- 72-Marcas o tipo de doença: Câncer relacionado ao trabalho/ Transtorno mental relacionado ao trabalho/ Intoxicação exógena/ Pneumoconiose/ Leptospirose/ Outro: _____
- 73-Preencher Diagnóstico usando o código CID10.
- 74-Preencher com dia, mês e ano da data do Diagnóstico.
- 75-Preencher ocupação exercida usando o código CBO.
- 76-Preencher o tempo nesta função
- 77-Preencher a Causa usando o código CID para as condições e/ou agentes que concorreram direta ou indiretamente para a ocorrência da doença.
- 78-Preencher com a fonte das informações sobre o acidente (aceita mais de uma opção): Familiar(es)/ Prontuário/ Outra.
- 79-Preencher quanto a emissão da Comunicação de Acidente de Trabalho – CAT pela empresa com: Sim, Não, Não se aplica, Ignorado. Obs. NÃO SE APLICA: quando for trabalhador(a) informal ou não-segurado(a) no INSS (ex.: servidor público com previdência municipal ou IPE). CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.
- 80-Preencher com o número da CAT- (Vide Campo III, INSS, item 66 do formulário). Atenção: CAT parcial extingue-se em 60 dias, não considerar como preenchimento de CAT.
- DADOS DO ATENDIMENTO MÉDICO
- 81-Preencher com nome do serviço de saúde que realizou o primeiro atendimento, OBRIGATÓRIO.
- 82- Preencher com os serviços de saúde envolvidos em atendimentos subsequentes.
- 83- Preencher com município/UF do atendimento posterior ao primeiro atendimento, OBRIGATÓRIO.
- 84-Marcas as partes do corpo atingidas: Olho/ cabeça/ pescoço/ tórax/ abdome/ mão/ membro superior membro inferior/ pé/ todo o corpo/ outro/ ignorado. OBRIGATÓRIO
- 85-Preencher com a causa básica do óbito (CID-10) OBRIGATÓRIO

86-Preencher com o diagnóstico (CID-10) de lesões associadas: OBRIGATÓRIO

87-Preencher o número da DO

88-Informar nome e CRM do médico que preencheu a DO

89-Marcas se é declarado como acidente de trabalho (campo 49 da DO): Sim/ Não/ não se aplica/ Ignorado.

90-Preencher com informações relevantes do prontuário médico e de resultados de exames junto ao serviço onde o trabalhador foi atendido (se necessário).

91-Preencher com a notificação nos Sistemas de Informação: Aceita mais de uma opção. Alguns casos podem requerer notificação em ambos os sistemas de informação. Dúvidas: entre em contato com o serviço de apoio (CEREST, CRS, UREST): SINAN – ACIDENTE DE TRABALHO GRAVE/ SINAN – VIOLÊNCIA/ SINAN – INTOXICAÇÃO EXÓGENA/ SINAN – OUTROS AGRAVOS EM SAÚDE DO TRABALHADOR/ SIST – DOENÇAS RELACIONADAS AO TRAB./ OUTRO.

92-Preencher com o nº da ficha de notificação.

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

93-Preencher com a descrição do acidente.

94-Preencher com as condições de máquinas, equipamentos, processos de trabalho envolvidos no acidente.

95-Preencher com os equipamentos de proteção coletiva e individual comprovadamente disponíveis para a atividade

96-Preencher se foi comprovado realização de treinamentos de integração, de segurança, relativos à função.

97-Preencher se ocorreram revisões médicas periódicas para o trabalhador

98-Preencher com as medidas identificadas/adotadas pela empresa para prevenir eventos semelhantes.

DADOS DO SINDICATO DA CATEGORIA

(informações colhidas diretamente em entrevista no sindicato, independentemente da vítima ser sindicalizada ou não)

99-Preencher com o nome do Sindicato.

100-Preencher com o endereço.

101-Preencher com outros contatos da entidade.

102-Relato sobre a relação da empresa com o sindicato

103-Investigar junto ao sindicato quais as condições adequadas de trabalho

104-Relato do acidente e suas causas

ENCAMINHAMENTOS E PROVIDÊNCIAS A PARTIR DA INVESTIGAÇÃO

105-Houve comunicação a outras instituições para providências cabíveis: Sim/ Não/ Não se aplica.

106-Se sim, qual instituição? MPT/ SRT/ Conselho Profissional/ Conselho de Saúde/ Sindicato de trabalhadores/ Polícia Civil, Federal, Rodoviária/ Corpo de Bombeiros/ Outros.

107-Houve solicitação de vigilância ao ambiente de trabalho: Sim/ Não/ Não se aplica.

108-Se sim, para qual instituição? Vigilância em Saúde do município/ Cerest Regional/ CRS/ Cerest Estadual.

109-Quais os encaminhamentos demandados pela equipe investigativa à empresa/empregador (ório)

110-Outras ações desenvolvidas na investigação.

111-OBSERVAÇÕES (outros dados relevantes).

PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS PELA VIGILÂNCIA

112-Nome/ Função/ Instituição do profissional responsável pelas informações.

113-Data da conclusão da investigação.

VALIDAÇÃO

114-Nome/ Função/ Instituição do profissional responsável pela validação.

115-Data da validação.

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

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

TERMO DE NOTIFICAÇÃO

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

Ofício de solicitação de documentos para Segurança Pública ou Hospitais.

Ofício VISAT ____/_____, _____, _____ de _____ de _____.

Prezado(a) Senhor(a):

O CEREST..... é um serviço de saúde do SUS especializado e de retaguarda técnica em saúde do trabalhador na Região dos....., que integra a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e visa atuar na atenção integral à saúde dos trabalhadores urbanos e rurais, independentemente do vínculo empregatício e do tipo de inserção no mercado de trabalho.

Dentre as atribuições do CEREST está a realização de vigilância aos ambientes e processos de trabalho, com o objetivo de identificar e notificar os riscos ambientais e ocupacionais à saúde dos trabalhadores e propor medidas para implementações de melhorias e adequações às normas de segurança no trabalho e de saúde do trabalhador.

100% dos casos de óbito relacionado ao trabalho devem ser investigados pelas Secretarias Municipais de Saúde e CEREST. Tal investigação epidemiológica necessita vista a documentos referentes ao acidente (típico ou de trajeto), ao atendimento prestado (imediate e subsequente), ao local e circunstâncias do acidente, às condições de trabalho e segurança, dentre outros.

Face ao acima exposto, solicitamos cópia do(s) Boletim(ns) de Ocorrência(s)/Prontuário(s) Médico(s)/Boletim de Atendimento referente a investigação do(s) seguinte(s) óbitos(s)/caso(s):

NOME DO(A) TRABALHADOR(A)	DATA DO ACIDENTE/ÓBITO

Certos de contarmos com sua compreensão, agradecemos.

Equipe VISAT – CEREST.....

Ilmo(a) Sr(a).

ANEXO F

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE INVESTIGAÇÃO ACIDENTE DE TRABALHO GRAVE

Nº

Definição de caso: ★ CAMPO OBRIGATORIO

- 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.

- 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.

- Acidentes de trabalho com mutilações: é quando o acidente ocasiona lesão (poli traumatismos, amputações, esmagamentos, traumatismos crânio-encefálico, fratura de coluna, lesão de medula espinhal, trauma com lesões viscerais, eletrocussão, asfixia, queimaduras, perda de consciência e aborto) que resulte em internação hospitalar, a qual poderá levar à redução temporária ou permanente da capacidade para o trabalho.

- Acidentes do trabalho em crianças e adolescentes: é quando o acidente de trabalho acontece com pessoas menores de dezoito anos.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual	
	2 Agravado/doença ACIDENTE DE TRABALHO GRAVE	3 Data da Notificação ★
	4 UF ★	5 Município de Notificação ★
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) ★	7 Data do Acidente ★
	8 Nome do Paciente ★	
Notificação Individual	9 Data de Nascimento ★	10 (ou) Idade ★
	11 Sexo M - Masculino ★	12 Gestante ★
	13 Raça/Cor	14 Escolaridade ★
	15 Número do Cartão SUS	16 Nome da mãe
	17 UF ★	
Dados de Residência	18 Município de Residência ★	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) ★	
	Dados Complementares do Caso	
	31 Ocupação	
	32 Situação no Mercado de Trabalho	
33 Tempo de Trabalho na Ocupação		
34 Local Onde Ocorreu o Acidente ★		
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		

Acidente de Trabalho Grave

Sinan Net

SVS 08/10/2009

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		57 Se Sim, Quantos
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	60 UF
	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado				
	61 Município do Atendimento	Código (IBGE)	62 Nome da U. S de Atendimento		Código
	63 Partes do Corpo Atingidas *				
01- Olho	04- Tórax	07- Membro superior	10- Todo o corpo		
02- Cabeça	05- Abdome	08-Membro inferior	11- Outro		
03- Pescoço	06- Mão	09- Pé	99- Ignorado		
64 Diagnóstico da Lesão			65 Regime de Tratamento		
CID 10 *			1 - Hospitalar <input type="checkbox"/>		
			2 - Ambulatorial		
			3 - Ambos		
			9 - Ignorado		

Conclusão	66 Evolução do Caso					
	1 - Cura		4 - Incapacidade total permanente		7 - Outro <input type="checkbox"/>	
2 - Incapacidade temporária		5 - Óbito por acidente de trabalho grave		9 - Ignorado		
3 - Incapacidade parcial		6-Óbito por outras causas				
67 Se Óbito, Data do Óbito			68 Foi Emitida a Comunicação de Acidente no Trabalho - CAT *			
			1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>			

Informações complementares e observações

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

Outras informações:

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