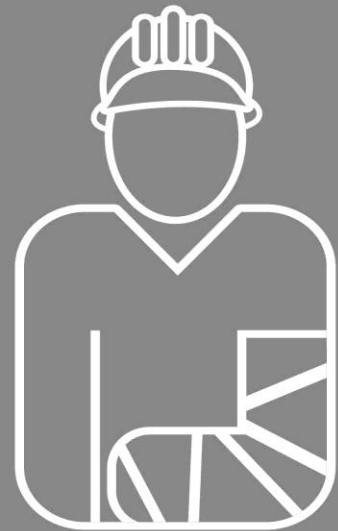


Instrutivo Para Notificação de Acidentes de Trabalho Grave



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA EXECUTIVA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
DIRETORIA GERAL DE PROMOÇÃO, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE
GERÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE DO TRABALHADOR
CENTRO DE REFERÊNCIA ESTADUAL EM SAÚDE DO TRABALHADOR – CEREST ESTADUAL

Instrutivo Para Notificação de Acidentes de Trabalho Grave



Recife, 2017

Governador do Estado de Pernambuco

Paulo Câmara

Vice-Governador do Estado de Pernambuco

Raul Henry

Secretário de Saúde

José Iran Costa Junior

Secretária Executiva de Vigilância em Saúde

Luciana Caroline Albuquerque Bezerra

Diretora Geral de Promoção, Monitoramento e Avaliação de Vigilância em Saúde

Juliana Martins

Gerente de Atenção a Saúde do Trabalhador

Adriana Guerra Campos

Coordenação do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST/PE

Alyne Fernanda Torres de Lima

Equipe Técnica de Elaboração

Paulo Victor Rodrigues de Azevedo Lira

Tárcila Kalyna de Almeida Alves Saborido

Diagramação e Capa

Rafael Azevedo de Oliveira

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco, Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde, Diretoria Geral de Promoção, Monitoramento e Avaliação da Vigilância em Saúde.

Instrutivo sobre Notificação de Acidentes de Trabalho Grave

Pernambuco: Secretaria de Saúde, 2017

30 p.: (Série ??? - Nº ???)

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	5
CONCEITOS SOBRE ACIDENTE DE TRABALHO GRAVE	6
INSTRUMENTOS DE NOTIFICAÇÃO	9
Instrutivo de acesso e preenchimento da ficha utilizada na plataforma Cievs-PE	9
Notificação no Sinan	16
<i>Preenchimento dos campos ficha de notificação.....</i>	<i>17</i>
<i>Ficha de Notificação Sinan.....</i>	<i>25</i>
FLUXOGRAMA DE NOTIFICAÇÃO	28
CONTATOS CEREST	29
REFERÊNCIAS	30

1- INTRODUÇÃO

Os acidentes de trabalho apresentam grande relevância na morbimortalidade mundial. Nacionalmente, os dados acompanham a tendência mundial, com elevado número de adoecimentos e mortes ocasionadas pelo trabalho (GALDINO; SANTANA; FERRITE, 2012).

No âmbito da saúde, esses acidentes, quando graves, passaram a ser de notificação compulsória a partir de 2004, por meio da vigilância sentinela. Em 2014, em função da sua importante magnitude, este agravo passa a ser de notificação universal, ou seja, em toda a rede de saúde, e imediata, devendo ser informada às autoridades sanitárias em até 24h a partir do conhecimento do caso. Apesar da priorização e mesmo com a evolução dos sistemas de informação, os dados referente aos agravos relacionados ao trabalho ainda são frágeis, sendo deficientes em relação à qualidade de preenchimento das fichas; a oportunidade da notificação¹ (tempo de notificação) e a subnotificação dos casos.

Considerando que as notificações são um importante instrumento para a produção de informação e desencadeamento de ações, é crucial fortalecer a vigilância deste agravo, a fim de conhecer de que os trabalhadores(as) se acidentam no estado, direcionando ações preventivas. A partir disso, este material tem por objetivo instruir sobre os conceitos principais relativos a notificação de acidentes de trabalho grave; sobre a realização de notificação deste agravo pelo formulário do Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS-PE) e pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN); e por fim, a respeito do fluxo que esta notificação seguirá.

¹ A partir de um Agravo de Notificação Imediata (Acidente de Trabalho Grave), essa notificação deverá ser realizada em até 24 (vinte e quatro) horas, a partir do conhecimento da ocorrência do agravo, pelo meio de comunicação mais rápido disponível, como consta na portaria de nº 204, de 17 de fevereiro de 2016.

2- CONCEITOS SOBRE ACIDENTE DE TRABALHO GRAVE

O termo acidente de trabalho possui muitas conotações. Segundo o Dicionário Online de Português (2016) acidente de trabalho é uma lesão corporal, perturbação funcional ou doença que ocorre no local de trabalho, no exercício da atividade profissional, ou por motivo dela, causando a morte ou a perda, total ou parcial, permanente ou temporária, da capacidade de trabalho. Nesses casos, a Constituição Federal garante ao trabalhador o seguro contra acidentes do trabalho, a cargo do empregador, além de potencial indenização no caso de dolo ou culpa da empresa.

Semelhante definição é atribuída no art.19 da lei 8213/91 (Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências). O acidente de trabalho é conceituado como o que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço de empresa ou de empregador doméstico ou pelo exercício do trabalho dos segurados referidos no inciso VII do art. 11 desta Lei, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte ou a perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho. Nesta definição o/a trabalhador(a) só receberá os benefícios caso seu vínculo seja formal com carteira registrada, ou que as contribuições previdenciárias estejam sendo feitas regularmente.

Já para o Sistema Único de Saúde o conceito de acidente de trabalho grave abrange uma maior gama de trabalhadores (formais e informais). O protocolo de complexidade diferenciada nº2, aborda a notificação dos acidentes de trabalho fatais, graves e com crianças e adolescentes. De acordo com o protocolo, são definidos (BRASIL, 2006):

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.

Acidente de Trabalho Grave com mutilação: é aquele que acarreta mutilação, física ou funcional, e o que leva à lesão cuja natureza implique em comprometimento extremamente sério, preocupante; que pode ter consequências nefastas ou fatais. Para evitar avaliações inclinadas ao subjetivismo, a identificação de um dos seguintes critérios objetivos caracteriza o caso como acidente de trabalho grave com mutilação:

- ✓ necessidade de tratamento em regime de internação hospitalar;
- ✓ incapacidade para as ocupações habituais, por mais de 30 dias;
- ✓ incapacidade permanente para o trabalho;
- ✓ enfermidade incurável;
- ✓ debilidade permanente de membro, sentido ou função;
- ✓ perda ou inutilização do membro, sentido ou função;
- ✓ deformidade permanente;
- ✓ aceleração de parto;
- ✓ aborto;
- ✓ fraturas, amputações de tecido ósseo, luxações ou queimaduras graves;
- ✓ desmaio (perda de consciência) provocado por asfixia, choque elétrico ou outra causa externa;
- ✓ qualquer outra lesão: levando à hipotermia, doença induzida pelo calor ou inconsciência; requerendo ressuscitação; ou requerendo hospitalização por mais de 24 horas;
- ✓ doenças agudas que requeiram tratamento médico que exista razão para acreditar que resulte de exposição ao agente biológico, suas toxinas ou ao material infectado.

Acidente de trabalho com crianças e adolescentes: é aquele que acomete trabalhadores com menos de 18 anos de idade, na data de sua ocorrência, independente da gravidade do acidente.

As notificações deverão ser realizadas para trabalhadores e trabalhadoras:

- 1) assalariados, independentemente da forma de remuneração, com ou sem carteira de trabalho assinada;
- 2) funcionários públicos estatutários, militares nos três níveis de governo;
- 3) outros tipos de empregados na produção de bens e serviços;
- 4) trabalhadores da produção de bens e serviços por conta própria, ou autônomos;
- 5) empregadores que exercem atividades ligadas à produção de bens e serviços;
- 6) trabalhadores domésticos com e sem carteira assinada;
- 7) trabalhadores não-remunerados que atuam em ajuda familiar (na produção de bens primários, por conta própria ou como empregador), ajuda a instituições religiosas ou cooperativas ou como aprendizes ou estagiários;
- 8) trabalhadores na produção para consumo próprio ou construção para uso de sua família, ou de terceiros em regime de mutirão;
- 9) trabalhadores rurais ou garimpeiros ligados à economia de subsistência;
- 10) pessoas que trabalham em residências em atividades destinadas a fins econômicos com ou sem percepção de rendimento;
- 11) pessoas ocupadas extraordinariamente para obter renda, tais como desempregados aposentados e outros;
- 12) pessoas que estão em viagem a trabalho ou à disposição de empregador e sem situação de plantão de urgência;
- 13) presidiários com atividade remunerada;
- 14) quaisquer outras formas de trabalho definidas pelo acidente no caso de declaração de acidente de trabalho em situações de ocupação não anteriormente descritas.

3 - INSTRUMENTOS DE NOTIFICAÇÃO

A notificação do acidente de trabalho grave é essencial para uma atuação efetiva nos ambientes de trabalho, buscando a promoção da saúde e a prevenção dos acidentes de trabalho.

A notificação deve ser realizada através da plataforma CIEVS e pela ficha de acidente de trabalho grave do Sinan. A notificação pela plataforma CIEVS tem por objetivo dar celeridade ao fluxo da informação, permitindo uma mobilização e atuação mais ágil da rede. No entanto, esta notificação não exclui a necessidade da notificação no Sinan, que tem por objetivo a produção de informação, que permitirá compreender um perfil epidemiológico, social, demográfico e produtivo dos trabalhadores/as que sofreram os acidentes, subsidiando as ações que serão realizadas.

3.1 - Notificação através do Cievs

O Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde de Pernambuco (Cievs/PE) é uma unidade componente da Rede Nacional de Monitoramento e Respostas às Emergências em Saúde Pública, tendo como objetivo detectar, monitorar e coordenar a resposta às emergências em saúde pública. Portanto, o Cievs/PE atua nos eventos capazes de constituir ameaça à saúde pública, como doenças de notificação compulsória imediata, surtos ou epidemias, agravos decorrentes de desastres ou acidentes de qualquer natureza e eventos de massa.

Dentre os agravos que devem ser informados de forma imediata ao Cievs, encontra-se o **acidente de trabalho grave**, que deve ser informado por um dos seguintes meios²:

- ✓ Formulário (FormSUS) disponível no site do Cievs - (www.cievspe.com);

² Em caso de dúvidas consultar a portaria SES nº 390 de 14 de Setembro de 2016. acesso no link: [Portaria nº 340](#).

- ✓ Através do telefone - **81 - 3184.0191** ou **0800 281 3041** (Horário comercial);
- ✓ Por e-mail: **cievs.pe.saude@gmail.com** ou **notifica@saude.pe.gov.br**. Quando realizada por e-mail, atentar para o atendimento dos seguintes critérios: **identificação do estabelecimento de saúde que realizou a notificação; data do acidente; nome do trabalhador que sofreu o acidente; ocupação; local onde ocorreu o acidente; breve descrição do ocorrido.**

IMPORTANTE:

A notificação inserida na plataforma do Cievs **não exclui** a necessidade de realização da notificação pelo SINAN, em consonância com o fluxo, periodicidade e instrumentos já utilizados e normatizados pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde.

3.1.1- Instrutivo de acesso e preenchimento da ficha utilizada na plataforma Cievs-PE

Como realizar a notificação pelo site do Cievs-PE?

No seu navegador, acesse o site da plataforma Cievs (www.cievspe.com), de acordo com a **figura 1**. Em seguida, para prosseguir com a notificação, clique no ícone **notifique aqui** no canto inferior esquerdo da tela (**figura 1**).

Figura 1. Acesso a plataforma Cievs-PE

The image shows a screenshot of a web browser displaying the website <https://www.cievspe.com>. The browser's address bar shows the URL. The website header features the logo 'cievspe' and a navigation menu with items: INÍCIO, DETECÇÃO, MONITORAMENTO, RESPOSTA, EQUIPE, and CONTATO. Below the header, there is a section titled 'CENTRO DE INFORMAÇÕES ESTRATÉGICAS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE' with three circular icons: a magnifying glass, a line graph, and a cursor pointing to a document. A blue box with a white background and a blue border points to the address bar, containing the text: 'Digite o endereço no navegador www.cievspe.com.' Another blue box with a white background and a blue border points to the 'Notifique aqui' icon in the footer, containing the text: 'Para realizar a notificação, clique no ícone "Notifique aqui".' The footer contains several icons and text: 'Notifique aqui' (with a sub-note: 'Ícone eletrônico para envio de notificação compulsória imediata'), 'Informações Estratégicas' (with a sub-note: 'Clipping de mídia, boletins, notas técnicas, portais normativos.'), and 'Microcefalia' (with a sub-note: 'e outros agravos do Sistema Nervoso Central'). There are also social media icons for WhatsApp, Email, Facebook, and Twitter, along with a 'Follow' button.

Em seguida aparecerá uma tela com os formulários das doenças de notificação compulsória (**figura 2**). Role a página para baixo, acessando os **formulários específicos**.

Figura 2. Página com formulários das doenças e agravos de notificação compulsória.



Nos **formulários específicos** clique em **acidente de trabalho grave** (**figura 3**).

Figura 3. Acesso ao formulário de acidente grave de trabalho.



Após clicar no ícone **acidente de trabalho grave** o formulário do FormSUS aparecerá na tela (**figura 4**)

Figura 4. Formulário FormSUS³ notificação de acidente de trabalho grave.

← → ⓘ formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php#posicao_campo1070475

FormSUS
versão 3.0

Acidente de Trabalho Grave: Fatal, com mutilações e em Crianças e Adolescentes Formulário Altura Fichas Imprimir Formulário

Acidente de Trabalho Grave: Fatal, com mutilações e em Crianças e Adolescentes

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, sendo:

- Acidente de trabalho fatal 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, independente da gravidade da lesão.

*** Preenchimento Obrigatório**
Atenção: nos campos marcados com 'Visível ao público' não devem ser colocados dados de sua intimidade e privacidade. Clique aqui em caso de dúvidas relativas a este formulário.

Informações Gerais

Data da Notificação: *

Unidade Notificadora: *

Especificação:

Notificador: *

Telefone de Contato: *

E-mail: *

Identificação do Agravado

Data do Acidente: *

Nome do trabalhador:

Idade do trabalhador:

Município de residência do trabalhador: *

Nome da Empresa ou Empregador:

Município da Empresa:

UF: *

Houve óbito? *

Sim

Não

Houve outros trabalhadores atingidos? *

Sim

Não

Se sim, quantos? *

Descrição do acidente e outras informações relevantes: *

Anexar arquivo:
Fichas de notificação, resultados de exames laboratoriais, entre outros.

Escolher arquivo | Nenhum arquivo selecionado

Anexar arquivo 2:

Escolher arquivo | Nenhum arquivo selecionado

Gravar

Atenção: Ao gravar aguarde a tela de confirmação. Somente se aparecer a mensagem de confirmação seus dados terão sido gravados. Clique aqui em caso de dúvidas relativas a este formulário.

Página 1 de 1

powered by **Parvus**

³ A notificação realizada pelo portal Cievs ajudará no fluxo mais ágil da informação, mas não retira a necessidade de que a notificação seja feita pelo SINAN onde a descrição das informações é mais completa.

Preenchimento dos campos:

Na figura 5 e 6 está descrito como devem ser preenchidos os campos da ficha de notificação disponível na plataforma do Cievs-PE.

Figura 5. Campos do formulário FormSUS com orientações de preenchimento.

Informações Gerais

Data da Notificação: * Inserir a data da notificação

Unidade Notificadora: * Selecionar a Unidade Notificadora*.

Especificação :

Notificador: *

Telefone de Contato: *

E-mail :

Inserir os dados do notificador - Nome, telefone e e-mail.

Identificação do Agravado

Data do Acidente: * Inserir a data de ocorrência do acidente.

Nome do trabalhador: Inserir nome completo do trabalhador (a) - evitar abreviações

Idade do trabalhador: Selecionar a idade do trabalhador

Município de residência do trabalhador: *

Ocupação : * Ver descrição abaixo-item 3.1.1.1

Situação no mercado de trabalho: Ver descrição no item 3.1.1.2

Local onde ocorreu o acidente: *

Instalações do contratante/empregador

Via pública

Instalações de terceiros

Domicílio próprio

Indicar local onde ocorreu o acidente e o endereço ou ponto de referência

Município de Ocorrência do Acidente : * Item 3.1.1.3

*

se a unidade não estiver no campo de seleção, selecionar o campo **outros** e preencher o campo **especifique** com o nome da unidade.

3.1.1.1 - Campo ocupação: atividade exercida pelo trabalhador em um emprego ou outro tipo de relação de trabalho (autônomo, por exemplo). Descreve a ocupação no mercado de trabalho, ou função desenvolvida pelo trabalhador na data do acidente. Atenção: Sempre que possível o campo "ocupação" deve ser preenchido descrevendo a função desenvolvida após consulta à Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), que é uma norma de classificação de atividades econômicas e profissionais. Dessa forma pode-se assegurar a uniformidade dos dados em todo o estado frente à multiplicidade de classificações ocupacionais usadas no Brasil. A consulta pode ser feita online no sítio do Ministério do Trabalho e Emprego pelo endereço eletrônico <http://www.mtecbo.gov.br/cbsite/pages/pesquisas/BuscaPorTitulo.jsf>

3.1.1.2 - Campo Situação no mercado de Trabalho: Selecionar de acordo com as opções apresentadas na guia ao lado:

Empregado registrado com carteira assinada: pessoa que trabalha para um empregador (pessoa física ou jurídica), em caráter não eventual, sob sua subordinação, geralmente obrigando-se ao cumprimento de uma jornada de trabalho e recebendo, em contrapartida, uma remuneração em dinheiro. O empregador assina a sua carteira de trabalho;

Empregado não registrado: pessoa que trabalha para um empregador (pessoa física ou jurídica), geralmente obrigando-se ao cumprimento de uma jornada de trabalho e recebendo, em contrapartida, uma remuneração em dinheiro, mercadoria, produtos ou benefícios, etc. **O empregador não assina a sua carteira de trabalho;**

Autônomo/conta própria: pessoa que trabalha explorando o seu próprio empreendimento, sozinha ou com sócio, sem ter empregado, ainda que contando com a ajuda de trabalhador não remunerado;

Servidor público estatutário: pessoa que trabalha em instituição, fundação, autarquia, etc, do Poder Público (Executivo, Legislativo ou Judiciário), militares das Forças Armadas (Exército, Marinha e Aeronáutica) ou das Forças Auxiliares (Polícia Militar, Corpo de Bombeiros) regidos pelo Regime Jurídico dos Funcionários Públicos de qualquer instância (federal, estadual e municipal);

Servidor Público Celetista: pessoa que trabalha em instituição, fundação, autarquia, etc, do Poder Público (Executivo, Legislativo ou Judiciário), regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho, CLT;

Aposentado: este campo somente se aplica para trabalhadores com doenças do trabalho que **foram diagnosticadas** no período da aposentadoria;

Desempregado: somente se aplica para trabalhadores com doenças do trabalho que **foram diagnosticadas** no período em que o trabalhador encontrava-se desempregado;

Trabalho temporário: pessoa que é contratada por uma empresa para realização de trabalho temporário, por prazo não superior a três meses, prorrogável, presta serviço para atender a necessidade transitória de substituição de pessoal regular, permanente ou a acréscimo extraordinário de serviço de outras empresas;

Cooperativado: pessoa que presta serviço à sociedade cooperativa mediante remuneração ajustada ao trabalho executado;

Trabalhador avulso: aquele que, sindicalizado ou não, presta serviço de natureza urbana ou rural, a diversas empresas, sem vínculo empregatício, com a intermediação obrigatória do órgão gestor de mão-de-obra, ou do sindicato da categoria;

Empregador: pessoa que trabalhava explorando o seu próprio empreendimento, com pelo menos um empregado;

Outros – a situação que não se enquadrar em nenhuma acima.

(BAHIA,2009)

3.1.1.3 - Campo Município de Ocorrência do Acidente: Município onde **ocorreu o acidente**, podendo ser diferente do município de residência do trabalhador(a), bem como do município onde o trabalhador(a) foi atendido/internado em unidade hospitalar.

Figura 6. Campos do formulário de notificação de acidentes de trabalho grave do FormSUS com orientações de preenchimento.

Nome da Empresa ou Empregador:

Município da Empresa:

UF:

Houve óbito?
 Sim
 Não

Houve outros trabalhadores atingidos?
 Sim
 Não

Se sim, quantos?

Descrição do acidente e outras informações relevantes: *

Item 3.1.1.4

Unidade Federativa de onde ocorreu o acidente

Preencher se o acidente foi fatal ou não.

Assinale se houve outros trabalhadores envolvidos no acidente. Em seguida especifique quantos.

Relatar informações relevantes sobre o acidente. Relatos da equipe de atendimento, informações de familiares e/ou colegas de trabalho são importantes para a investigação do caso.

Anexar arquivo :
 Fichas de notificação, resultados de exames laboratoriais, entre outros.

Escolher arquivo Nenhum arquivo selecionado

Anexar arquivo 2:

Escolher arquivo Nenhum arquivo selecionado

IMPORTANTE: É possível anexar arquivos no ícone. Procurar anexar a ficha de notificação do Sinan ou outro documento que seja importante.

Clique em **GRAVAR** para concluir a notificação.

Gravar

Atenção: Ao gravar aguarde a tela de confirmação. Somente se aparecer a mensagem de confirmação seu

3.1.1.4 - Campo Nome da Empresa ou do Empregador: corresponde à **razão social** ou **nome fantasia** da empresa contratante. "**Razão social**" é o **nome de registro da empresa, que consta em documentos legais**. O "**nome fantasia**" também chamado de **nome comercial, de fachada ou de marca, refere-se à designação popular** de título de estabelecimento utilizada por uma instituição pública ou privada. Essa informação é essencial para identificar em que empresa o trabalhador sofreu o acidente, permitindo o desenvolvimento de ações de vigilância, e verificar se outros trabalhadores adoeceram/se acidentaram no mesmo local em decorrência do trabalho. Caso o empregador seja pessoa física, registrar o nome do empregador da forma mais completa possível. Em caso de empresas terceirizadas, filiais e afins, deve-se especificar a empresa onde o trabalhador está lotado.

3.2 NOTIFICAÇÃO NO SINAN

A utilização efetiva do Sinan permite a realização do diagnóstico dinâmico da ocorrência de um evento na população, podendo fornecer subsídios para explicações causais dos agravos de notificação compulsória, além de vir a indicar riscos aos quais as pessoas estão sujeitas, contribuindo, para a identificação da realidade epidemiológica. O seu uso sistemático, de forma descentralizada, contribui para a democratização da informação, permitindo que todos os profissionais de saúde tenham acesso à informação tornando-as disponíveis para a comunidade. É, portanto, um instrumento relevante para auxiliar o planejamento da saúde, definir prioridades de intervenção, além de permitir que seja avaliado o impacto das intervenções (BRASIL, 2017).

De acordo com a ficha de notificação de acidente grave⁴ de trabalho do Sinan, os casos de acidentes grave são definidos pelos seguintes critérios:

⁴ Acesse a ficha no link: [Ficha de Notificação Acidente de Trabalho Grave](#)

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**, sendo o :

Acidente de trabalho fatal 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, **independente da gravidade da lesão**.

3.2.1 Preenchimento dos campos da Ficha de Notificação

O **Acidente de Trabalho Grave** é um **agravo de notificação compulsória imediata**, ou seja, deve ser feito em **até 24 horas** após conhecimento do caso

CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO é aquele cuja ausência de dado impossibilita a inclusão da notificação ou da investigação no SINAN.

CAMPO ESSENCIAL é aquele que, apesar de não ser obrigatório, registra dado necessário à investigação do caso ou ao cálculo de indicador epidemiológico ou operacional.

DADOS GERAIS

Nº: Anotar o número de notificação atribuído pela unidade de saúde para identificação do caso. **Campo de preenchimento obrigatório.**

1. **Tipo de Notificação:** 2- Individual. Este campo já vem preenchido.
2. **Agravo/doença - Código (CID 10):** Este campo já vem preenchido com a identificação do agravo – **Acidente de Trabalho Grave** – e o código correspondente na CID 10: **Y 96**
3. **Data de Notificação:** Anotar a data de notificação (dia/mês/ano), de preenchimento da ficha. **Campo de preenchimento obrigatório.**
4. **UF:** Preencher com sigla da Unidade Federada que realizou a notificação. Por exemplo: UF: PE. **Campo de preenchimento obrigatório.**
5. **Município de Notificação:** Anotar o nome completo do município onde está localizada a unidade de saúde (ou outra fonte notificadora) que realizou a notificação. **Campo de preenchimento obrigatório.** **Código do IBGE:** número do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) correspondente ao Município da Unidade de Saúde.
6. **Unidade de Saúde:** Preencher com o nome completo (ou código correspondente ao Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES) da Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) que realizou a notificação. **Campo de preenchimento obrigatório.**
7. **Data do Acidente:** anotar a data (dia/mês/ano) do acidente. **Campo de preenchimento obrigatório.**

NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL

8. **Nome do paciente:** Preencher com o nome completo do paciente (sem abreviações). **Campo de preenchimento obrigatório.**
9. **Data de Nascimento:** Preencher com a data de nascimento completa (dia/mês/ano) do paciente. **Campo de preenchimento obrigatório.**
10. **ou Idade:** Anotar a idade do paciente somente se a data de nascimento for desconhecida (Ex. 20 dias = 20 D; 3 meses = 3 M; 26 anos = 26 A). Se o paciente não souber informar sua idade, anotar a idade aparente. **OBS:** Se a

data de nascimento não for preenchida, a idade será **Campo de preenchimento obrigatório.**

11. Sexo: Marcar o quadrículo correspondente ao sexo informado pela pessoa atendida (M- Masculino; F- Feminino; I- Ignorado). **Campo de preenchimento obrigatório.**

12. Gestante: Preencher a idade gestacional da paciente, caso esteja gestante, quando sexo F=Feminino (1= 1º Trimestre; 2= 2º Trimestre; 3= 3º Trimestre; 4= Idade gestacional ignorada; 5= Não, 6= Não se aplica; 9= Ignorado). **Campo de preenchimento obrigatório.**

13. Raça/cor: Marcar o quadrículo correspondente à cor declarada pela pessoa atendida ou pelo acompanhante (no caso de criança/adolescente): 1- Branca, 2- Preta, 3- Amarela (inclui-se a pessoa que se declara oriental), 4- Parda (inclui-se a pessoa que se declara morena, mulata, cabocla, cafuza, mameluca ou mestiça), 5- Indígena (inclui-se a pessoa que se declara indígena ou índia), 9- Ignorada. **Campo essencial.**

14. Escolaridade: Preencher com a série e o grau que o usuário atendido está frequentando ou frequentou, considerando a última série ou grau de instrução do paciente por ocasião da notificação. (0= analfabeto; 1= 1ª a 4ª série incompleta do EF (Antigo primário ou 1º grau), 2= 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau), 3= 5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau), 4= Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau), 5= Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau), 6= Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau), 7= Educação superior incompleta, 8 = Educação superior completa, 9= Ignorado ou 10= Não se aplica). **Campo essencial.**

15. Número do Cartão SUS: Anotar o número do cartão SUS da pessoa atendida.

16. Nome da Mãe: Preencher o nome completo da mãe do paciente (sem abreviações). **Campo essencial.**

DADOS DE RESIDÊNCIA

17. **UF:** Preencher com sigla da Unidade Federada da residência do paciente. **Campo de preenchimento obrigatório** quando residente no Brasil. Por exemplo: UF: PE.

18. **Município de Residência:** anotar o nome do município (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE) da residência do paciente. **Campo de preenchimento obrigatório.**

19. **Distrito:** Anotar o nome do distrito de residência do paciente. **Campo essencial.**

20. **Bairro:** Anotar o nome do bairro (ou código correspondente segundo cadastro do SINAN) de residência do paciente. Por exemplo: Joana Bezerra. **Campo essencial**

21. **Logradouro:** anotar o tipo (avenida, rua, travessa, etc) e nome completo ou código correspondente do logradouro da residência do paciente. Se paciente for indígena anotar o nome da aldeia. **Campo essencial.**

22. **Número:** Anotar o número do logradouro da residência do paciente. **Campo essencial.**

23. **Complemento:** Anotar o complemento do logradouro (ex. Bloco B, Apt 402, lote 25, casa 14, etc.). **Campo essencial.**

24. **Geo campo 1:** Caso esteja sendo utilizado o georreferenciamento, informar o local que foi adotado para o campo Geocampo1 (ex. Se o município esteja usando o Geocampo1 para informar a quadra ou número, nele deve ser informado o número da quadra ou número).

25. **Geo campo 2:** Caso esteja usando georreferenciamento, informar o local que foi adotado para o campo Geocampo2.

26. **Ponto de Referência:** Anotar o ponto de referência para localização da residência do paciente (Exemplo: perto da padaria do João). **Campo essencial.**

27. **CEP:** Anotar o código de endereçamento postal (CEP) do logradouro (avenida, rua, travessa, etc) da residência do paciente. **Campo essencial.**

28. **Telefone:** Anotar o DDD e o telefone do paciente. **Campo essencial.**

29. **Zona:** Preencher o quadrículo correspondente à área de residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência o acidente, se

notificação de acidente por ocasião da notificação: 1-Urbana (área com características estritamente urbana); 2- Rural (área com características estritamente rural); 3- Periurbana (área rural com aglomeração populacional que se assemelha à área urbana); ou 9-Ignorada. **Campo essencial.**

30. País: Anotar o nome do país de residência quando o paciente notificado residir em outro país. **Campo de preenchimento obrigatório.**

DADOS COMPLEMENTARES DO CASO

31. Ocupação: Identificar a ocupação, função desenvolvida pelo trabalhador na data do acidente. Preencher a ocupação no mercado de trabalho, ou função desenvolvida pelo trabalhador na data do acidente. **Atenção:** Sempre que possível o campo "ocupação" deve ser preenchido descrevendo a função desenvolvida após **consulta à Classificação Brasileira de Ocupações (CBO)**, que é uma norma de classificação de atividades econômicas e profissionais. Dessa forma pode-se assegurar a uniformidade dos dados em todo o estado frente à multiplicidade de classificações ocupacionais usadas no Brasil. A consulta pode ser feita online pelo endereço eletrônico <http://www.mtecbo.gov.br/cbosite/pages/pesquisas/BuscaPorTitulo.jsf>

Campo de preenchimento obrigatório.

32. Situação no Mercado de Trabalho⁵: Informe a situação no mercado de trabalho do paciente, usando o código correspondente : 1- empregado registrado com carteira assinada, 2- empregado não registrado, 3- autônomo/conta própria, 4- servidor público estatutário, 5- servidor público celetista, 6- aposentado, 7- desempregado, 8- trabalho temporário, 9- cooperativado, 10- trabalhador avulso, 11- empregador, 12- outros (descrever qual), 99- ignorado (quando a pessoa estiver inconsciente ou a informação não for obtida). **Campo essencial.**

33. Tempo de Trabalho na Ocupação: Anotar o tempo de trabalho na ocupação, usando o código correspondente: 1 – Hora; 2 – Dia; 3 – Mês e 4 – Ano. **Campo essencial.**

34. Local onde Ocorreu o Acidente: Identificar o local onde ocorreu o acidente, usando o código correspondente: 1 – instalações do contratante; 2 –

⁵ Para ver a descrição detalhada da situação do no mercado de trabalho acesse a **página 12** desse mesmo documento.

Via pública; 3 – Instalações de terceiros; 4 – Domicílio próprio e 9 – Ignorado.

Campo de preenchimento obrigatório.

DADOS DA EMPRESA CONTRATANTE

35. Registro/CNPJ ou CPF: Anotar o número de registro da empresa contratante – Código Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ) ou Cadastro de Pessoa Física (CPF). **Campo essencial.**

36. Nome da Empresa ou Empregador: Anotar a razão social (nome) da empresa contratante. **Campo de preenchimento obrigatório.**

37. Atividade Econômica (CNAE): Anotar o código do ramo de atividade econômica, conforme CNAE da empresa. **Campo de preenchimento obrigatório.**

38. UF: Informar a sigla da Unidade Federada onde está localizada a empresa (Ex: PE). **Campo essencial.**

39. Município: Informar o nome completo do Município onde está localizada a empresa contratante e o código correspondente ao município, segundo cadastro do IBGE. **Campo de preenchimento obrigatório.**

40. Distrito: Informar o nome completo do Distrito do município onde está localizada a empresa contratante. **Campo essencial.**

41. Bairro: Informar o nome completo do Bairro do município onde está localizada a empresa contratante. **Campo essencial.**

42. Endereço: Informar o endereço da empresa (Ex.: avenida, rua, travessa, etc.). **Campo essencial.**

43. Número: Informar o número das instalações da empresa. **Campo essencial.**

44. Ponto de Referência do Estabelecimento: Informar um Ponto de Referência que facilite a localização do endereço da empresa. Ex: Próximo à entrada para o sítio Bom Conselho. **Campo essencial.**

45. Telefone: Informar o telefone da empresa contratante, antecedida do DDD (ex. 81-88000000). **Campo essencial.**

46. O Empregador é Empresa Terceirizada: Identificar se a empresa contratante é empresa terceirizada, usando o código correspondente: 1 – Sim;

2 – Não; 3 – Não se aplica e 9 – Ignorado. **Campo de preenchimento obrigatório.**

47. Se Empresa Terceirizada, Qual o CNAE da Empresa Principal: Anotar se empresa terceirizada, qual a atividade econômica ou CNAE da empresa principal. **Campo essencial.**

48. CNPJ da Empresa Principal: Anotar o número de registro da empresa principal – Código Nacional de Pessoa Jurídica - CNPJ. **Campo essencial.**

49. Razão Social (Nome da Empresa): Anotar a razão social (nome) da empresa principal. **Campo essencial.**

DADOS DO ACIDENTE

50. Hora do Acidente: Anotar o horário em que ocorreu o acidente. **Campo essencial.**

51. Horas Após o Início da Jornada: Anotar o tempo após o início da jornada, em que ocorreu o acidente. **Campo essencial.**

52. UF: Informar a sigla da Unidade Federada aonde ocorreu o acidente. (Ex: PE). **Campo essencial.**

53. Município: Informar o nome completo do Município aonde ocorreu o acidente e o código correspondente ao município, segundo cadastro do IBGE. **Campo essencial.**

54. Código da Causa do Acidente CID 10 (de V01 a Y98): Informar o código da causa do acidente, conforme CID 10, de V01 a Y98. **Atentar para:** o campo causa do acidente **não é similar** ao campo acidente. **Campo de preenchimento obrigatório.**

55. Tipo de Acidente: Identificar o tipo de acidente, usando o código correspondente: 1 – Típico; 2 – Trajeto e 9 – Ignorado. Onde: **típico** é o acidente que ocorreu no local de trabalho e de **trajeto** é o acidente que ocorreu no deslocamento de ida/volta ao trabalho. **Campo essencial.**

56. Houve Outros Trabalhadores Atingidos: Identificar se houve outros trabalhadores acidentados no mesmo local de trabalho, usando o código correspondente: 1 – Sim; 2 – Não; 3 – Não se aplica e 9 – Ignorado. **Campo essencial.**

57. Se Sim, Quantos: Identificar se houve outros trabalhadores acidentados, quantos foram. **Campo essencial.**

DADOS DO ATENDIMENTO MÉDICO

58. Ocorreu Atendimento Médico?: Identificar se houve atendimento médico ao trabalhador após o acidente, usando o código correspondente: 1 – Sim; 2 – Não e 9 – Ignorado. **Campo essencial.**

59. Data do Atendimento: Em caso positivo de atendimento médico, anotar a data (dia/mês/ano) em que o atendimento ocorreu. **Campo essencial.**

60. UF: Informar a sigla da Unidade Federada (Ex: PE), aonde foi realizado o atendimento médico. **Campo essencial.**

61. Município do atendimento: Anotar o município aonde foi realizado o atendimento médico (Ex.: Caruaru) e o código correspondente ao município, segundo cadastro do IBGE. **Campo essencial.**

62. Nome da Unidade de saúde de Atendimento: Informar o nome completo da Unidade de Saúde aonde foi realizado o atendimento médico. **Campo essencial.**

63. Partes do Corpo Atingidas: Identificar as partes do corpo atingidas no acidente, conforme as alternativas apresentadas: 01 – Olho; 02 – Cabeça; 03 – Pescoço; 04 – Tórax; 05 – Abdome; 06 – Mão; 07 – Membro Superior; 08 – Membro Inferior; 09 – Pé; 10 – Todo o corpo; 11 – Outro e 99 – Ignorado. **Campo de preenchimento obrigatório.**

64. Diagnóstico da Lesão: Anotar o diagnóstico específico da lesão, conforme o CID 10. **Campo de preenchimento obrigatório.**

65. Regime de Tratamento: Identificar o regime de tratamento realizado, conforme as alternativas apresentadas: 1 – Hospitalar; 2 – Ambulatorial; 3 – Ambos e 9 – Ignorado. **Campo essencial.**

CONCLUSÃO DO CASO

66. Evolução do caso: Identificar qual foi a evolução do caso, conforme as alternativas apresentadas: 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 e 9- Ignorado. **Campo essencial.**

67. Se Óbito, Data do óbito: Identifique, se houve óbito, informar a data (dia/mês/ano) em que ocorreu. **Campo essencial.**

68. Foi Emitida a Comunicação de Acidente de Trabalho – CAT: Identifique se foi emitida a Comunicação de Acidente de Trabalho – CAT para o INSS, conforme as alternativas apresentadas: 1- Sim, 2- Não, 3- Não se aplica, 9- Ignorado. **Campo de preenchimento obrigatório.**

Informações Complementares e Observações

Observações: Registrar informações consideradas importantes e que não tenham sido contempladas na ficha de notificação.

Informar os nomes do município e da unidade de saúde responsável pela investigação, e anote o código correspondente da Unidade de Saúde.

Registrar o nome completo da pessoa responsável pela notificação/investigação.

Registrar o cargo/função que ocupa a pessoa que preencheu a ficha de registro.

Assinar a notificação/investigação.

3.2.2 Ficha de Notificação Acidente de Trabalho Grave Sinan

Figura 7. Ficha de Notificação Sinan

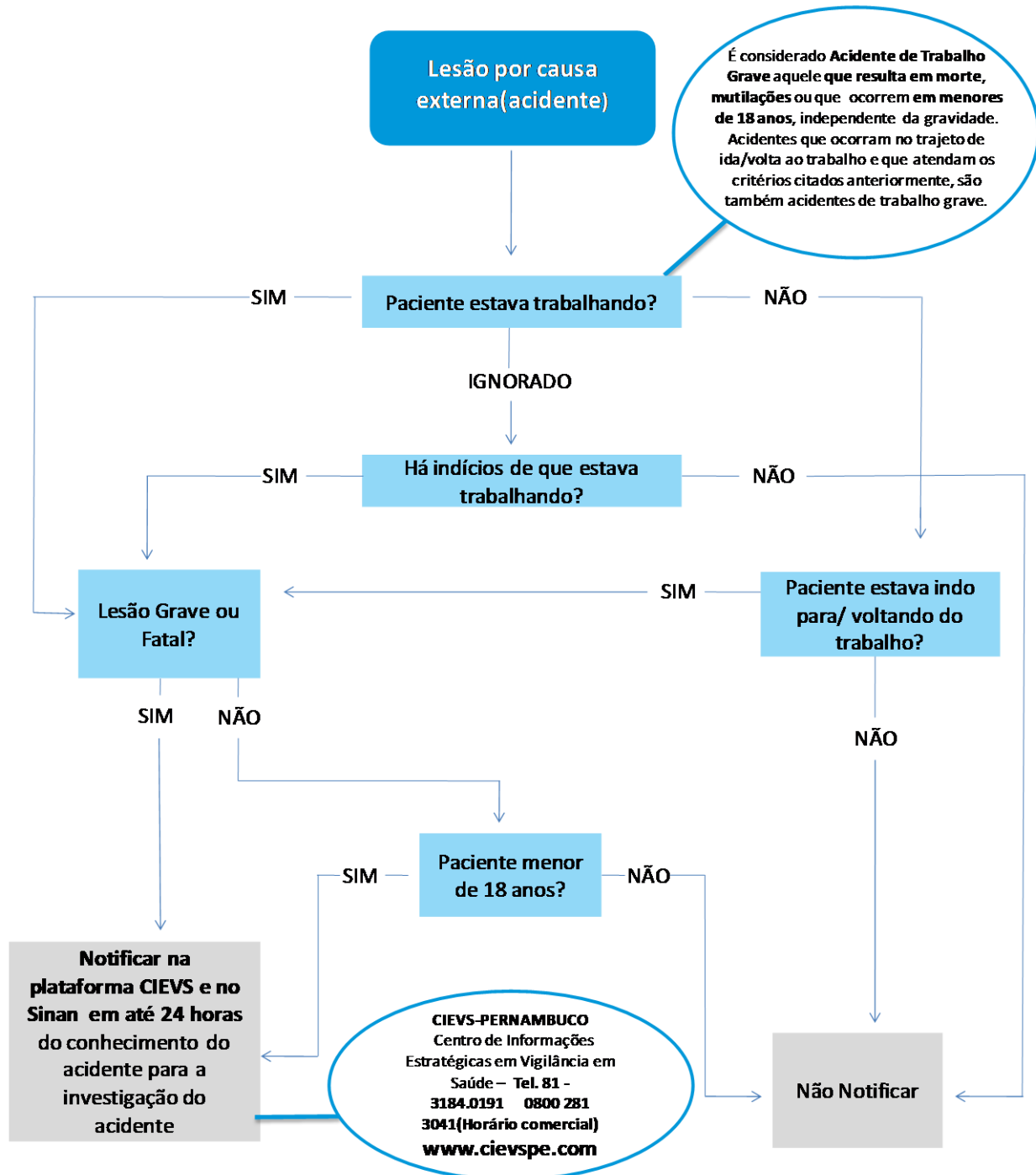
República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE INVESTIGAÇÃO ACIDENTE DE TRABALHO GRAVE		Nº				
<p>Definição de caso:</p> <ul style="list-style-type: none"> - São considerados acidentes de trabalho aqueles que ocorram no exercício da 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	Código (CID10)	Data da Notificação					
	4	UF	5	Município de Notificação	Código (IBGE)			
Notificação Individual	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código				
	7	Data do Acidente						
	8	Nome do Paciente		9	Data de Nascimento			
	10	(ou) Idade	11	Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12	Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9- Ignorado		
Dados de Residência	13	Raça/Cor		1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado				
	14	Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica						
	15	Número do Cartão SUS		16		Nome da mãe		
	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 3 - Periurbana 9 - Ignorado		30	Pais (se residente fora do Brasil)
Dados Complementares do Caso								
Antecedentes Epidemiológicos	31	Ocupação						
	32	Situação no Mercado de Trabalho						
	33	Tempo de Trabalho na Ocupação			34			Local Onde Ocorreu o Acidente
	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano			1 - Instalações do contratante 3 - Instalações de terceiros 9 - Ignorado			2 - Via pública 4 - Domicílio próprio	
	Dados da Empresa Contratante							
	35	Registro/ CNPJ ou CPF			36			Nome da Empresa ou Empregador
	37	Atividade Econômica (CNAE)		38	UF	39	Município	Código (IBGE)
	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		

Figura 7 (continuação). Verso da Ficha de Notificação Sinan.

Antecedentes Epidemiológicos	46 O Empregador é Empresa Terceirizada 1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/>		
	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 H (hora) M (minutos)		51 Horas Após o Início da Jornada 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 1- Típico 2- Trajeto 9- Ignorado <input type="checkbox"/>		56 Houve Outros Trabalhadores Atingidos 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/>
Dados do Atendimento Médico	58 Ocorreu Atendimento Médico? 1 - Sim 2 - Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/>		59 Data do Atendimento 60 UF
	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 CID 10
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 3- Incapacidade parcial 6-Óbito por outras causas 9 - Ignorado		
	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

4- FLUXO DE NOTIFICAÇÃO ACIDENTE DE TRABALHO GRAVE

NOTIFICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO GRAVE



Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST – Estadual - PE
Tel. 3181-6185

5- CONTATOS CERESTs

Os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) são dispositivos que compõem a Rede Nacional de Saúde do Trabalhador (RENAST), responsáveis por atuar enquanto suporte técnico especializado para a rede de municípios de abrangência.

O CEREST fazem parte da Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT), auxiliando na promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, entendendo o trabalho como importante determinante no processo saúde doença.

Em caso de dúvida, entre em contato com o seu CEREST de abrangência (**tabela 1**):

.

Tabela 1. Contatos e área de abrangência dos CERESTs Regionais em Pernambuco.

CEREST	TELEFONE	E-MAIL	Área de Abrangência
ESTADUAL	(81)3181-6185/ 3184-0613	cerestestadualpe@gmail.com	Matriciamento dos Cerests Regionais.
RECIFE	(81) 3355-1857	cerestrecife@gmail.com	Abreu e Lima, Camaragibe, Igarassu, Itamaracá, Itapissuma, Olinda, Paulista, Recife.
JABOATÃO	(81) 3341-6597/ 3342-2208	cerest.guararapes@gmail.com	Carpina, Chã de Alegria, Glória do Goitá, Jaboatão, Lagoa do Carro, Lagoa de Itaenga, Moreno, Paudalho, Pombos, São Lourenço da Mata, Tracunhaém, Vitória de Santo Antão.
CABO DE SANTO AGOSTINHO	(81) 3521-6711	cerestcabo@yahoo.com.br	Água Preta, Amaraji, Barra de Guabiraba, Barreiros, Cabo, Chã Grande, Cortês, Escada, Gameleira, Ipojuca, Joaquim Nabuco, Primavera, Ribeirão, Rio Formoso, São José da Coroa Grande, Sirinhaém, Tamandaré.
GOIANA	(81) 99238-8347	cerestgoiana@hotmail.com	Aliança, Araçoiaba, Bom Jardim, Buenos Aires, Camutanga, Casinhas, Condado, Cumaru, Feira Nova, Ferreiros, Goiana, Itambé, Itaquitinga, João Alfredo, Limoeiro, Macaparana, Machados, Nazaré da Mata, Orobó, Passira, Salgadinho, São Vicente Férrer, Surubim, Timbaúba, Vertente do Lério, Vicência
OURICURI	(81) 3874-2601	cerestouricuri2015@gmail.com	Afogados da Ingazeira, Araripina, Arcoverde, Bodocó, Brejinho, Calumbi, Carnaíba, Cedro, Custódia, Exu, Flores, Granito, Iguaraci, Ingazeira, Ipubi, Itapetim, Mirandiba, Ouricuri, Parnamirim, Quixaba, Santa Cruz, Santa Cruz da Baixa Verde, Santa Filomena, Santa Terezinha, São José do Belmonte, São José do Egito, Serra Talhada, Serrita, Sertânia, Moreilândia, Solidão, Tabira, Trindade, Triunfo, Tuparetama.
PETROLINA	(87) 3862-1238	cerestpetrolina@gmail.com	Afrânio, Belém do São Francisco, Betânia, Buíque, Cabrobó, Carnaubeira da Penha, Dormentes, Floresta, Ibimirim, Inajá, Itacuruba, Jatobá, Lagoa Grande, Orocó, Pedra, Petrolândia, Petrolina, Salgueiro, Santa Maria da Boa Vista, Tacaratu, Terra Nova, Tupanatinga, Venturosa.
CARUARU	(81) 3701-1714	cerest@saude caruaru.pe.gov.br	Agrestina, Alagoinha, Altinho Belo Jardim, Bezerras, Bonito, Brejo da Madre de Deus, Cachoeirinha, Camocim de São Félix, Caruaru, Cupira, Frei Miguelinho, Gravatá, Ibirajuba, Jataúba, Jurema, Panelas, Pesqueira, Poção, Riacho das Almas, Sairé, Sanharó, Santa Cruz do Capibaribe, Santa Maria do Cambucá, São Bento do Una, São Caetano, São Joaquim do Monte, Tacaimbó, Taquaritinga do Norte, Toritama, Vertentes, Verdejante.
PALMARES	(81) 3661-0868	Trabalhador.cerestpalmares@ hotmail.com	Águas Belas, Angelim, Belém de Maria, Bom Conselho, Brejão, Caetés, Calçado, Canhotinho, Capoeiras, Catende, Correntes, Garanhuns, Iati, Itaíba, Jaqueira, Jucati, Jupi, Lagoa do Ouro, Lagoa dos Gatos, Lajedo, Manari, Maraial, Palmares, Palmerina, Paranatama, Quipapá, Saloá, São Benedito do Sul, São João, Terezinha, Xexéu.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Notificação de acidentes do trabalho fatais, graves e com crianças e adolescentes** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006. 32 p.

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde. Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador. **Manual de normas e rotinas do sistema de informação de agravos de notificação – SINAN - saúde do trabalhador** / organizadores Norma Suely Souto Souza; Delsuc Evangelista Filho; Mônica Moura da Costa e Silva. Salvador: CESAT, 2009. 58 f.

GALDINO, A; SANTANA, V; FERRITE, S. Os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador e a notificação de acidentes de trabalho no Brasil. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 28/, p.145-159, jan. 2012.

PERNAMBUCO, Secretaria de Saúde do Estado de. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde. Diretoria Geral de Informações e Ações Estratégicas de Vigilância Epidemiológica. Gerência de Informações Estratégicas de Vigilância Epidemiológica. Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde. **Instrutivo para Notificação de Eventos de Importância em Saúde Pública e Alertas de Comunicação**. 20p. 1ª Edição. Pernambuco, 2015.

