



Nº do Caso:

Ano:

Formulário de Investigação Epidemiológica de Óbitos por Causas Externas Relacionados ao Trabalho - *Acidente de Trabalho Grave*

FONTE DE CAPTURA DO ÓBITO:

☐ DO ☐ Sinan ☐ SIM ☐ Mídia impressa/eletrônica

☐ CAT ☐ IML/Delegacia Polícia ☐ Outros (especificar): _____

1. IDENTIFICAÇÃO DO(A) FALECIDO(A) E OUTRAS INFORMAÇÕES DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO

1. Nº da Declaração de Óbito:

2. Nome do(a) falecido(a):

3. Nome da mãe:

4. Data do óbito:

___ / ___ / ___

5. Horário
do óbito:

6. Data de nascimento:

___ / ___ / ___

7. Sexo:

☐ M - Masc. ☐ F - Fem. ☐ Ignorado

8. Idade:

___ anos completos 9 ☐ Ignorado

9. Escolaridade:

Nível:

0 ☐ Sem escolaridade

1 ☐ Fundamental I (1ª a 4ª série)

2 ☐ Fundamental II (5ª a 8ª série)

3 ☐ Médio (antigo 2º grau)

4 ☐ Superior incompleto

5 ☐ Superior completo

9 ☐ Ignorado

10 Raça/cor:

1 ☐ Branca

2 ☐ Preta

3 ☐ Amarela

4 ☐ Parda

5 ☐ Indígena

11. Ocupação habitual: (No caso do falecido ser aposentado ou desempregado, preencher o campo com a ocupação habitual anterior)

12. Código CBO 2002:

13. Endereço de residência do (a) falecido (a):

14. Bairro/Distrito:

15. CEP:

16. Município de residência:

17. UF:

18. Local de ocorrência do óbito:

1 ☐ Hospital 2 ☐ Outro estabelecimento de saúde 3 ☐ Domicílio

4 ☐ Via pública 5 ☐ Outros(Especificar): _____

9 ☐ Ignorado

19. Município de ocorrência do óbito:

20. UF:

21. Endereço de ocorrência do óbito (rua, praça, avenida etc.):

22. Causas da morte: ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA

Parte I

Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.

CAUSAS ANTECEDENTES

Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.

a)

CID:

(devido ou como consequência de:)

CID:

b)

(devido ou como consequência de:)

CID:

c)

(devido ou como consequência de:)

CID:

d)

Parte II

Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.

CID:

CID:

PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL

23. Tipo

1 ☐ Acidente

2 ☐ Suicídio

3 ☐ Homicídio

4 ☐ Outros

9 ☐ Ignorado

24. Acidente do Trabalho
(registrado na DO)

1 ☐ Sim

2 ☐ Não

9 ☐ Ignorado

25. Descrição sumária do evento:

2. INVESTIGAÇÃO DOMICILIAR**2.1 Dados do(a) Entrevistado(a)**

26. Nome:		
27. Sexo: ☐ M - Masc ☐ F - Fem	28. Idade: _____ anos completos	29. Qual a relação com o(a) falecido(a)? ☐ Mãe ☐ Pai ☐ Filho(a) ☐ Cônjuge/companheiro(a) ☐ Outro (especificar): _____
30. Endereço do(a) entrevistado(a):		
31. Ponto de referência:	32. Município de residência do(a) entrevistado(a):	33. Telefone residencial: () 34. Telefone celular: ()

2.2 Histórico Ocupacional

35. No mês do falecimento ele(a) estava trabalhando ou tinha alguma atividade remunerada ou algum biscoite? Se sim, qual? _____ Quanto tempo ele(a) estava nesta atividade? _____	36. Ele(a) tinha mais de um trabalho? Se sim, quais? _____ _____
37. Situação no mercado de trabalho: 1 ☐ Emprego registrado com carteira assinada 4 ☐ Servidor público estatutário 8 ☐ Trabalho Temporário 12 ☐ Outro: (especificar) _____ 2 ☐ Emprego não registrado 5 ☐ Servidor público celetista 9 ☐ Cooperativado 3 ☐ Autônomo/Conta própria 6 ☐ Aposentado 10 ☐ Trabalhador avulso 7 ☐ Desempregado 11 ☐ Empregador 13 ☐ Ignorado	
38. Nome da Empresa ou Empregador:	39. Atividade Econômica (CNAE):
40. Código CNAE:	
41. Foi Emitida a Comunicação de Acidente no Trabalho - CAT? ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Não se aplica Se sim, quem emitiu a CAT: _____	

2.3 Circunstâncias do Óbito

42. Sofreu algum acidente/violência que levou à morte? ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe	43. Data do acidente: ____ / ____ / ____	44. Se sim, qual(is)? ☐ Acidente de trânsito ☐ Queimadura ☐ Suicídio ☐ Envenenamento/intoxicação ☐ Afogamento ☐ Outro (especificar): _____ ☐ Queda ☐ Homicídio	
45. Qual o local onde ocorreu o acidente/violência?	46. O que ele(a) estava fazendo no momento do acidente/violência?	47. No momento do acidente/violência ele(a) estava indo ou voltando do trabalho?	
48. Você poderia me contar como, quando e onde aconteceu o acidente/violência? _____ _____ _____ _____			
49. Foi atendido(a) em algum estabelecimento de saúde durante o agravo que levou a morte? ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe Se sim, qual (quais) estabelecimento (s) de saúde: _____			

3. INVESTIGAÇÃO NO SERVIÇO DE SAÚDE HOSPITALAR

50. Estabelecimento de Saúde onde ocorreu o atendimento:	51. N° do Prontuário:	52. Data do atendimento: ____ / ____ / ____	53. Hora do atendimento:	54. Atendimento Pré-hospitalar: ☐ Não ☐ Sim
55. Foi identificado na ficha de atendimento/prontuário qual o tipo de acidente/violência que levou ao óbito? ☐ Sim ☐ Não Se sim, qual(is)? ☐ Acidente de trânsito ☐ Envenenamento/intoxicação ☐ Queda ☐ Queimadura ☐ Afogamento ☐ Homicídio ☐ Suicídio ☐ Outro (especificar): _____	56. Foi identificado na ficha de atendimento/prontuário se foi acidente de trabalho? ☐ Sim ☐ Não ☐ Ignorado Se sim, qual o tipo de acidente de trabalho? ☐ Típico ☐ Trajeto ☐ Ignorado	57. Diagnóstico(s) médico, natureza e tipo(s) de lesão registrado(s) no prontuário: _____ _____ _____ _____ 58. Outras informações sobre o acidente/violência que constam do prontuário: _____ _____ _____ _____		
59. Fonte de coleta de dados: ☐ NHE ☐ Comissão de Óbito ☐ SAME/ Prontuário Arquivado ☐ Ficha de observação/atendimento hospitalar ☐ Outros(especificar): _____				

4. INVESTIGAÇÃO NO SERVIÇO DE SAÚDE DE ASSISTÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR (MÓVEL E/OU FIXO)

60. Nome do serviço de saúde de assistência pré-hospitalar:		61. Tipo de Serviço: ☐ SAMU ☐ UPA ☐ Serviço móvel privado ☐ Outros (especificar): _____	
62. Endereço completo do Serviço de Assistência Pré-Hospitalar:		63. Bairro:	
		64. Município:	
65. Foi identificado na ficha de atendimento se foi acidente de trabalho? ☐ Sim ☐ Não ☐ Ignorado	66. Descrição da ocorrência (como o(a) encontrou, em que situação, com que vestimenta, o que foi feito etc.): _____ _____ _____	67. Outras observações gerais sobre o acidente / violência: _____ _____ _____	

5. INVESTIGAÇÃO NO INSTITUTO MÉDICO LEGAL/POLÍCIA TÉCNICA

68. N° do laudo do exame necroscópico:	69. IML emissor do laudo:	70. Data de emissão do laudo: ____ / ____ / ____	71. Município sede do IML:
72. Qual a causa da morte descrita no exame cadavérico/laudo de exame necroscópico?			
73. Descrição da ocorrência que consta no exame cadavérico/laudo de exame necroscópico:			
74. Informações relevantes no histórico e classificação do acidente/violência no Boletim de Ocorrência e ou no Guia para Exame Médico Legal do Departamento de Polícia Técnica:			

6. CONCLUSÃO DA INVESTIGAÇÃO

75. Data do encerramento da investigação: ____ / ____ / ____	76. Acidente de Trabalho: ☐ Sim ☐ Não ☐ Ignorado Se sim, qual o tipo de acidente de trabalho? ☐ Típico ☐ Trajeto ☐ Ignorado	77. Se inconclusivo, por que? _____ _____ _____
78. Fontes consultadas: ☐ Entrevista Domiciliar ☐ Prontuário do Serviço de Saúde Hospitalar ☐ Ficha de atendimento do Serviço de Assistência Pré-Hospitalar ☐ Exame cadavérico/Laudo de exame necroscópico no IML ☐ Outros (especificar):		
79. Qual(is) campo(s) deve(m) ser retificado(s) no SIM, após a investigação:		
Campo:	Original:	Após a investigação:
Campo:	Original:	Após a investigação:
Campo:	Original:	Após a investigação:
Campo:	Original:	Após a investigação:
Campo:	Original:	Após a investigação:
80. Descrição sumária do caso investigado: _____ _____ _____ _____ _____ _____		

7. DADOS DO(S) TÉCNICO(S) RESPONSÁVEL(IS) PELA INVESTIGAÇÃO

81. Instituição/Setor	82. N° da matrícula institucional:
83. Profissão:	84. N° do Conselho de Classe Profissional:
85. Nome do(a) técnico(a) responsável pela investigação: _____ _____	
Nome	Assinatura e Carimbo