

|              |  |                            |                               |  |  |
|--------------|--|----------------------------|-------------------------------|--|--|
| Dados Gerais | 1 Tipo de Notificação                            | 2 - Individual             |                               |  |  |
|              | 2 Agravado/doença                                | Código (CID10)             | 3 Data da Notificação         |  |  |
|              | 4 UF   | 5 Município de Notificação | Código (IBGE)                 |  |  |
|              | 6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) | Código                     | 7 Data dos Primeiros Sintomas |  |  |

|  |   |   |  |             |  |
|--|---|---|--|-------------|--|
| Notificação Individual   | 8 Nome do Paciente  |   | 9 Data de Nascimento   |             |  |
|  | 10 (ou) Idade   | 11 Sexo M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> I - Ignorado                                   | 12 Gestante  | 13 Raça/Cor |  |
|  | <small>1 - Hora<br/>2 - Dia<br/>3 - Mês<br/>4 - Ano</small> | <small>1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre<br/>4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica<br/>9-Ignorado</small> | <small>1-Branca 2-Preta 3-Amarela<br/>4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado</small> |             |  |
|  | 14 Escolaridade   |   |  |             |  |
| <small>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)<br/>3-5ª à 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)<br/>6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica</small> |   |   |  |             |  |
| 15 Número do Cartão SUS  |   | 16 Nome da mãe  |  |             |  |

|                     |                   |                                   |   |                                       |        |  |
|---------------------|-------------------|-----------------------------------|---|---------------------------------------|--------|--|
| Dados de Residência | 17 UF             | 18 Município de Residência        | Código (IBGE)   | 19 Distrito                           |        |  |
|                     | 20 Bairro         |                                   | 21 Logradouro (rua, avenida,...)                                    |                                       | Código |  |
|                     | 22 Número         | 23 Complemento (apto., casa, ...) |   | 24 Geo campo 1                        |        |  |
|                     | 25 Geo campo 2    |                                   | 26 Ponto de Referência  |                                       | 27 CEP |  |
|                     | 28 (DDD) Telefone |                                   | 29 Zona   | 30 País (se residente fora do Brasil) |        |  |
|                     |                   |                                   | <small>1 - Urbana 2 - Rural<br/>3 - Periurbana 9 - Ignorado</small> |                                       |        |  |

**Conclusão**

|   |   |   |  |           |  |
|---|---|---|--|-----------|--|
| Conclusão                                   | 31 Data da Investigação                           | 32 Classificação Final  | 33 Critério de Confirmação/Descarte                        |           |  |
|   |   | <small>1 - Confirmado<br/>2 - Descartado</small>  | <small>1 - Laboratorial 2 - Clínico-Epidemiológico</small> |           |  |
|   | <b>Local Provável da Fonte de Infecção</b>        |   |  |           |  |
|   | 34 O caso é autóctone do município de residência? |   |  |           |  |
|   | <small>1-Sim 2-Não 3-Indeterminado</small>        |   |  |           |  |
|   | 35 UF   |   | 36 País  |           |  |
| 37 Município                                |   | Código (IBGE)   | 38 Distrito  | 39 Bairro |  |
| 40 Doença Relacionada ao Trabalho           |   | 41 Evolução do Caso   |  |           |  |
| <small>1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado</small> |   | <small>1 - Cura 2 - Óbito pelo agravo notificado 3 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado</small> |  |           |  |
| 42 Data do Óbito                            |   | 43 Data do Encerramento   |  |           |  |

**Informações complementares e observações**

|                               |
|-------------------------------|
| <b>Observações adicionais</b> |
|                               |
|                               |
|                               |
|                               |
|                               |

|              |                            |                        |            |  |
|--------------|----------------------------|------------------------|------------|--|
| Investigador | Município/Unidade de Saúde | Cód. da Unid. de Saúde |            |  |
|              | Nome                       | Função                 | Assinatura |  |
|              | Notificação/conclusão      |                        | Sinan NET  |  |