

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			1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado	
	14	Escolaridade				
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		Pais (se residente fora do Brasil)
					1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado				

**Conclusão**

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

**Informações complementares e observações**

**Observações adicionais**

---



---



---



---



---

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