

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 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano</small>	<small>1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado</small>	<small>1-Branca 2-Preta 3-Amarela 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) 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) 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 3 - Periurbana 9 - Ignorado</small>			

**Conclusão**

Conclusão	31 Data da Investigação	32 Classificação Final	33 Critério de Confirmação/Descarte		
		<small>1 - Confirmado 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 agravado notificado 3 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado</small>			
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	Função	Assinatura	
	Notificação/conclusão		Sinan NET	