

**SIST – SISTEMA DE INFORMAÇÕES EM SAÚDE DO TRABALHADOR
RINA - RELATÓRIO INDIVIDUAL DE NOTIFICAÇÃO DE AGRAVO**

Versão 2017

RINA nº

Nº cartão SUS:

1 - Identificação do trabalhador

★ Campos Obrigatórios

| | | | |
|--|--|------------------------------------|------------------|
| 1 – Nome: ★ | | 2 - Data de nascimento: ★ | 3-Idade: |
| 4 – Sexo: ★ 1-masculino 2-feminino | 5 – Raça/cor: ★ 1-amarela 2-branca 3- ignorado 4- indígena 5- negra 6- parda | 6 - Escolaridade ★ | 7- Nacionalidade |
| 8 - Endereço residencial /bairro: | | 9 – Município de residência: ★ | 10 – UF: |
| 11 – Relação de trabalho: ★ 1-CLT 2-funcionário público: 2.1- municipal 2.2-estadual 2.3-federal 3-desempregado 4-autônomo prestando serviço a empresa 5-autônomo não prestando serviço a empresa 6-empregador 7-trabalhador doméstico formal 8-trabalhador informal 9-trabalhador do lar 10-estagiário 11-cooperativado 12-ignorado 13- outra: | | | |
| 12 - Ocupação atual: ★ | | 13 – Tempo ocupação: anos meses | |

2 - Identificação do empregador, contratante ou do local de trabalho

| | |
|---|--|
| 14 – Empresa (ou empregador): ★ | |
| 15 – Teceirizado: ★ 1-Sim 2-Não 3-Não se aplica 9-Ignorado | Quando tercerizado, local onde exerce sua atividade: |
| 16 – Ramo de atividade do local onde trabalha: ★ | |
| 17 – Município onde trabalha: ★ | 18 - UF: |

3 - Descrição do local de atendimento

| | |
|---|---|
| 19 – Município de atendimento: ★ | 20 – Categoria do serviço: ★ 1-Centro Especializado ou Odontológico (exceto saúde do trabalhador) 2-Centro Especializado em Saúde do Trabalhador 3-Centro de Saúde ou Clínica Médica 4-Hospital 5-Profissional autônomo 6-Pronto Socorro / Emergências 7-Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho 8-Sindicato 9-Unidade Básica de Saúde / Posto de Saúde 10-Unidade Móvel 11-Instituto Médico Legal |
| 21 – Serviço de Atendimento: ★ | 22 – Data do atendimento: ★ |
| 23 - Tipo de Atendimento: 1- Ambulatorial 2- Emergência 3- Internação ★ | |

4 - Descrição do agravo:

| | | |
|--|---|--------------------------------------|
| 24 –Tipo de agravo: ★ 1-Outros Acidentes 2-Câncer Relacionado ao Trabalho 3-Dermatoses Ocupacionais 4-LER/DORT 5-PAIR 6-Pneumoconiose 7-Transtorno Mental 8-Outras Doenças | | |
| 25 – Se acidente, informe: data: / / | 26 - local: 1- no trajeto 2-no local de trabalho 3- ignorado | |
| 27 – Setor onde ocorreu o agravo: | 28 – Zona: ★ 1-urbana 2-rural 3-Ignorado | 29 – Situação causadora do agravo: ★ |
| 30 – Diagnóstico principal: ★ | 31 – Diagnóstico secundário (1): | |
| 32 – Diagnóstico secundário (2): | 33 – Relação do agravo com o trabalho: ★ 1-confirmada 2-provável 3-pendente ou indefinida 4-descartada | |
| 34 – Desfecho ou conclusão: ★ 1-alta 2-acompanhamento ambulatorial 3-acompanhamento especializado 4-cura com sequela 5-internação 6-óbito 7-alta a pedido 8-evasão (fuga) 9-outro: | | |
| 35 – Comentário | | |

5 – Informações finais

| | | |
|--|-----------------------------|--------------|
| 36 - Nome do responsável pela notificação: | 37 – Registro profissional: | 38 – Função: |
|--|-----------------------------|--------------|