

**Definição de caso:** É a diminuição gradual da acuidade auditiva, decorrente da exposição continuada a níveis elevados de ruído no ambiente de trabalho.  
É sempre neurossensorial, irreversível e passível de não progressão uma vez cessada a exposição ao ruído.

|                        |  |  |  |                                       |   |  |
|------------------------|--|--|--|---------------------------------------|---|--|
| Dados Gerais           | 1 Tipo de Notificação<br>2 - Individual  | 2 Agravo/doença<br><b>DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO/ PAIR</b> |  | Código (CID10)<br>H83.3               | 3 Data da Notificação   |  |
|                        | 4 UF   | 5 Município de Notificação                                     | Código (IBGE)  |                                       |   |  |
|                        | 6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)   |  |  | Código                                | 7 Data do Diagnóstico   |  |
| Notificação Individual | 8 Nome do Paciente   |  |  |                                       | 9 Data de Nascimento  |  |
|                        | 10 (ou) Idade<br>1 - Hora<br>2 - Dia<br>3 - Mês<br>4 - Ano   | 11 Sexo M - Masculino<br>F - Feminino<br>I - Ignorado          | 12 Gestante<br>1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre<br>4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica<br>9- Ignorado |                                       | 13 Raça/Cor<br>1-Branca 2-Preta 3-Amarela<br>4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado |  |
|                        | 14 Escolaridade<br>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 |  |  |                                       |   |  |
|                        | 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<br>1 - Urbana 2 - Rural<br>3 - Periurbana 9 - Ignorado   | 30 País (se residente fora do Brasil) |   |  |

**Dados Complementares do Caso**

|                              |  |  |                        |   |                   |               |
|------------------------------|--|--|------------------------|---|-------------------|---------------|
| Antecedentes Epidemiológicos | 31 Ocupação  |  |                        |   |                   |               |
|                              | 32 Situação no Mercado de Trabalho<br>01- Empregado registrado com carteira assinada 02 - Empregado não registrado<br>03- Autônomo/ conta própria 04- Servidor público estatutário<br>05 - Servidor público celetista 06- Aposentado<br>07- Desempregado 08 - Trabalho temporário<br>09 - Cooperativado 10- Trabalhador avulso<br>11- Empregador 12- Outros<br>99 - Ignorado |  |                        | 33 Tempo de Trabalho na Ocupação<br>1 - Hora<br>2 - Dia<br>3 - Mês<br>4 - Ano |                   |               |
|                              | <b>Dados da Empresa Contratante</b>  |  |                        |   |                   |               |
|                              | 34 Registro/ CNPJ ou CPF   |  |                        | 35 Nome da Empresa ou Empregador  |                   |               |
|                              | 36 Atividade Econômica (CNAE)  |  | 37 UF                  | 38 Município  |                   | Código (IBGE) |
|                              | 39 Distrito  |  | 40 Bairro              |   | 41 Endereço       |               |
|                              | 42 Número  |  | 43 Ponto de Referência |   | 44 (DDD) Telefone |               |
|                              | 45 O Empregador é Empresa Terceirizada<br>1- Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9- Ignorado   |  |                        |   |                   |               |
|                              | 46 Agravos Associados<br>1- Sim 2- Não 9-Ignorado<br><input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus <input type="checkbox"/> Hanseníase <input type="checkbox"/> Transtorno Mental<br><input type="checkbox"/> Tuberculose <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Outras: _____                                    |  |                        |   |                   |               |
|                              | 47 Tempo de Exposição ao Agente de Risco<br>1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano   |  |                        | 48 Regime de Tratamento<br>1- Hospitalar 2 - Ambulatorial                     |                   |               |

