

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual		
	2 Agravado/doença OUTRAS FEBRES VIRAIS ESPECIFICADAS TRANSMITIDAS POR MOSQUITOS	Código (CID10) A 92.8	
	3 Data da Notificação		
Notificação Individual	4 UF	5 Município de Notificação	
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	
	7 Data dos Primeiros Sintomas		
Dados de Residência	8 Nome do Paciente		
	9 Data de Nascimento		
	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante 12-1 2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica
	13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado		
	14 Escolaridade 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		
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 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	
		30 País (se residente fora do Brasil)	

Conclusão

Conclusão	31 Data da Investigação	32 Classificação Final 1 - Confirmado 2 - Descartado	33 Critério de Confirmação/Descarte 1 - Laboratorial 2 - Clínico-Epidemiológico
	Local Provável da Fonte de Infecção		
	34 O caso é autóctone do município de residência? 1-Sim 2-Não 3-Indeterminado		35 UF
	37 Município		36 País
	Código (IBGE)		38 Distrito
39 Bairro			
40 Doença Relacionada ao Trabalho 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		41 Evolução do Caso 1 - Cura 2 - Óbito pelo agravado 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	Função	Assinatura
	Notificação/conclusão		Sinan NET