

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação <input type="checkbox"/> 2 - Individual	
	2 Agravado/doença INFECÇÃO RESPIRATÓRIA PELO NOVO CORONAVÍRUS	Código (CID10) U07-1
	3 Data da Notificação	Código (IBGE)
Notificação Individual	4 UF	5 Município de Notificação
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código
	7 Data dos Primeiros Sintomas	8 Nome do Paciente
Dados de Residência	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 0 - Trimestre 1 1 - Trimestre 2 2 - Trimestre 3 3 - Não se aplica 4 - Idade gestacional ignorada 5 - Não 6 - Não se aplica 9 - Ignorado
	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	36 País
	37 Município	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 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	