



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE VITÓRIA
REGIÃO METROPOLITANA

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - SETORIAL

NÚMERO:

POP-NVS-CEREST 011

DATA DE EMISSÃO:

16/05/2024

FOLHA:

1/9

TÍTULO:

NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA - L 98.9: DRT DERMATOSES OCUPACIONAIS

UNIDADE EXECUTANTE:

CENTRO DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR - CEREST Metropolitano

Versão:

02

1. Objetivo:

- Orientar sobre o preenchimento correto da ficha de notificação.

2. Materiais Necessários:

- Acesso à internet
- Computador
- Login e senha no e-SUS VS

3. Descrição:

- Abrir o navegador de internet
- Abrir o site <https://esusvs.saude.es.gov.br/auth/entrar>
- Digitar o login (CPF) e senha nos campos determinados
- Clicar em “Entrar”:

- Clicar em:



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE VITÓRIA
REGIÃO METROPOLITANA

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - SETORIAL

NÚMERO:

POP-NVS-CEREST 011

DATA DE EMISSÃO:

16/05/2024

FOLHA:

2/9

TÍTULO:

NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA - L 98.9: DRT DERMATOSES OCUPACIONAIS

UNIDADE EXECUTANTE:

CENTRO DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR - CEREST Metropolitano

Versão:

02

- Clicar em:



Notificações

- Clicar em:



Adicionar Notificação

- Selecionar o agravo que deseja notificar:

Clicar em:

L98.9: DRT Dermatoses ocupacionais

Selecione o Agravo/Doença

Por favor selecione

Avançar

- Selecionar a unidade notificadora

Clicar em:

Agora, qual unidade de saúde notificadora?

Será listado somente unidades de saúde que você estiver lotado.

Selecione a opção

Escolha a Unidade



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE VITÓRIA
REGIÃO METROPOLITANA

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - SETORIAL

NÚMERO:

POP-NVS-CEREST 011

DATA DE EMISSÃO:

16/05/2024

FOLHA:

3/9

TÍTULO:

NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA - L 98.9: DRT DERMATOSES OCUPACIONAIS

UNIDADE EXECUTANTE:

CENTRO DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR - CEREST Metropolitano

Versão:

02

DESCRIÇÃO DO AGRAVO

Toda alteração da pele, mucosas e anexos, direta ou indiretamente causadas, mantidas ou agravadas pelo trabalho, relacionadas à exposição a agentes químicos, biológicos ou físicos, e ainda a quadros psíquicos, podendo ocasionar afecções do tipo irritativa (a maioria) ou sensibilizante, que foi confirmado por critérios clínicos, epidemiológicos ou laboratoriais.

DADOS GERAIS

Os campos 1, 2, 4, 5 e 6 são preenchidos automaticamente.

1- Tipo de Notificação

2- Agravo/doença

3- Data da notificação: Preencher com a data da notificação

4- UF

5- Município da Notificação

6- Unidade de Saúde

7- Data do diagnóstico / Primeiros Sintomas / Ocorrência: preencher com a data do acidente, igual ou inferior ao campo 3.

NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL

Buscar pelo CNS ou CPF: preencher este campo (preferencialmente pelo Cartão Nacional de Saúde – CNS) e clicar em buscar. Campos que serão preenchidos automaticamente:

8- Nome do paciente

9- Data de nascimento

10- Idade

11- Sexo

12- Gestante:

1- Se a trabalhadora estiver no 1º trimestre de gravidez

2- Se a trabalhadora estiver no 2º trimestre de gravidez

3- Se a trabalhadora estiver no 3º trimestre de gravidez

4- Se a trabalhadora estiver grávida, mas idade gestacional for ignorada

5- Não - Trabalhador do sexo feminino, não grávida

6- Não se aplica - trabalhador do sexo masculino; nunca utilizar quando sexo feminino

13- Raça/Cor: De acordo com a Lei Nº 14.553/23, registrar a raça que o próprio trabalhador declarou. Somente em caso de impossibilidade (óbito do trabalhador, por exemplo), verificar em outras fontes. O campo Etnia só é liberado para raça/cor 5 – Indígena, que deverá ser registrado como 1 – Tupiniquim ou 2 – Guarani

PcD (Pessoa com Deficiência): 1-Sim, 2-Não

Pessoa em Situação de Rua: 1-Sim, 2-Não

14- Escolaridade: registrar o grau de instrução declarado pelo trabalhador, considerando a última série concluída com aprovação ou grau de instrução do paciente por ocasião da notificação.

15- Número do cartão SUS

	GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE VITÓRIA REGIÃO METROPOLITANA		
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - SETORIAL		
	NÚMERO: POP-NVS-CEREST 011	DATA DE EMISSÃO: 16/05/2024	FOLHA: 4/9
TÍTULO: NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA - L 98.9: DRT DERMATOSES OCUPACIONAIS			
UNIDADE EXECUTANTE: CENTRO DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR - CEREST Metropolitano			Versão: 02

CPF Paciente: preenchido automaticamente
16- Nome da mãe: preenchido automaticamente
Nacionalidade: preenchido automaticamente
Passaporte: (em caso de estrangeiro)
Orientação Sexual: (dado importante para análises epidemiológicas)
 1 - **Heterossexual:** atração por pessoas de um gênero diferente
 2 - **Homossexual:** atração por pessoas do mesmo gênero (lésbicas e gays)
 3 - **Bissexual:** atração por dois ou mais gêneros
Identidade de Gênero: (dado importante para análises epidemiológicas)
 1 - **Mulher Cisgênero:** nasceu com sexo feminino e se identifica como mulher
 2 - **Homem Cisgênero:** nasceu com sexo masculino e se identifica como homem
 3 - **Mulher Transgênero:** nasceu com sexo masculino e se identifica como mulher
 4 - **Homem Transgênero:** nasceu com sexo feminino e se identifica como homem
 5 - **Travesti:** pessoa designada como homem ao nascer que se identifica e constrói sua expressão de gênero no feminino
 6 - **Não binário:** pessoas que não se identificam com nenhum gênero

OBS: em caso de pacientes estrangeiros que não possuam CPF ou CNS, registre os campos correspondentes com uma sequência numérica de 1(um). Lembrando que todos os campos são de preenchimento obrigatório.

DADOS DE RESIDÊNCIA

17- UF: registrar a sigla da Unidade da Federação onde reside o trabalhador
18- Município de residência: selecionar o nome do município de residência
19- Distrito: registrar por extenso o nome do distrito de residência do trabalhador, quando houver
20- Bairro: selecionar o nome do bairro de residência do trabalhador. Este campo só é liberado com o preenchimento dos campos 17 e 18
21- Logradouro: selecionar o nome da rua, avenida em que reside o trabalhador, sem abreviar
OBS: quando não for possível localizar o Bairro ou Logradouro, marcar a opção “Não encontrada”. Abrirá um novo campo “Endereço não encontrado ou não é do ES” que deverá ser preenchido com todos os dados de residência do trabalhador
22- Número: registrar o número da residência do trabalhador
23- Complemento: registrar dados complementares da residência do trabalhador, caso necessário (ex. Bloco B, apto 402, lote 25, casa 14, etc)
Unidade de Saúde de Referência: escolher uma das opções fornecidas pelo sistema, exceto quando “Endereço não encontrado ou não é do ES”
24- Geo 1 (latitude): preenchimento automático
25- Geo 2 (longitude): preenchimento automático
26- Ponto de referência: registrar algum ponto de referência da residência do trabalhador
27- CEP: registrar o número do CEP da residência do trabalhador
28- Telefone: registrar os contatos de telefone do trabalhador e/ou **E-mail**. Caso a pessoa atendida não disponha, registre se possível, algum número de contato
29- Zona: registrar a zona em que se localiza a residência do trabalhador



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE VITÓRIA
REGIÃO METROPOLITANA

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - SETORIAL

NÚMERO:

POP-NVS-CEREST 011

DATA DE EMISSÃO:

16/05/2024

FOLHA:

5/9

TÍTULO:

NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA - L 98.9: DRT DERMATOSES OCUPACIONAIS

UNIDADE EXECUTANTE:

CENTRO DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR - CEREST Metropolitano

Versão:

02

1 - **Rural:** recorte espacial que tem como aspecto principal a baixa concentração de pessoas e de edificações, com grande presença de áreas naturais

2 - **Urbana:** recorte do espaço caracterizado pela elevada concentração de pessoas e edificações

3 - **Periurbana:** zona de transição localizada entre o espaço urbano e o ambiente estritamente rural

30- **País:** registrar o nome do país, somente se o trabalhador residir fora do Brasil

ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

31- **Ocupação:** registrar a ocupação exercida pelo trabalhador que o expôs ao agente de risco. Considerar como ocupação, a função, cargo, profissão ou ofício desempenhado pelo trabalhador em uma atividade econômica. Em último caso, na impossibilidade de preenchimento correto, selecione a opção "ignorado" e registre detalhadamente no campo "**Observação**".

32- **Situação no mercado de trabalho (apesar de não obrigatório, deve ser preenchido devido a relevância epidemiológica):** registrar a forma em que o trabalhador está inserido no mercado de trabalho, que pode ser:

01- **Empregado registrado com carteira assinada:** pessoa que trabalha para um empregador (pessoa física ou jurídica), em caráter não eventual, sob sua subordinação, geralmente obrigando-se ao cumprimento de uma jornada de trabalho e recebendo, em contrapartida, uma remuneração em dinheiro. O empregador assina a sua carteira de trabalho;

02- **Empregado não registrado:** pessoa que trabalha para um empregador (pessoa física ou jurídica), geralmente obrigando-se ao cumprimento de uma jornada de trabalho e recebendo, em contrapartida, uma remuneração em dinheiro, mercadoria, produtos ou benefícios, etc. O empregador não assina a sua carteira de trabalho;

03- **Autônomo/conta própria:** pessoa que trabalha explorando o seu próprio empreendimento, sozinha ou com sócio, sem ter empregado, ainda que contando com a ajuda de trabalhador não remunerado;

04- **Servidor público estatutário:** pessoa que trabalha em instituição, fundação, autarquia, etc., do Poder Público (Executivo, Legislativo ou Judiciário), militares das Forças Armadas (Exército, Marinha e Aeronáutica) ou das Forças Auxiliares (Polícia Militar, Corpo de Bombeiros) regidos pelo Regime Jurídico dos Funcionários Públicos de qualquer instância (federal, estadual e municipal).

05- **Servidor público celetista:** pessoa que trabalha em instituição, fundação, autarquia, etc., do Poder Público (Executivo, Legislativo ou Judiciário), regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT);

06- **Aposentado:** este campo somente se aplica para trabalhadores com doenças do trabalho que foram diagnosticadas no período da aposentadoria;

07- **Desempregado:** Somente se aplica para trabalhadores com doenças do trabalho que foram diagnosticadas no período em que o trabalhador encontrava-se desempregado;

08- **Trabalho temporário:** pessoa que é contratada por uma empresa para realização de trabalho temporário, por prazo não superior a três meses, prorrogável, presta serviço para atender à necessidade transitória de substituição de pessoal regular, permanente ou a acréscimo extraordinário de serviço de outras empresas;

09- **Cooperativado:** pessoa que presta serviço à sociedade cooperativa mediante remuneração ajustada ao trabalho executado. Trabalhador avulso – aquele que, sindicalizado ou não, presta serviço de natureza urbana ou rural, a diversas empresas, sem vínculo empregatício, com a



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE VITÓRIA
REGIÃO METROPOLITANA

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - SETORIAL

NÚMERO:

POP-NVS-CEREST 011

DATA DE EMISSÃO:

16/05/2024

FOLHA:

6/9

TÍTULO:

NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA - L 98.9: DRT DERMATOSES OCUPACIONAIS

UNIDADE EXECUTANTE:

CENTRO DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR - CEREST Metropolitano

Versão:

02

intermediação obrigatória do órgão gestor de mão-de-obra, ou do sindicato da categoria, por exemplo: trabalhador que exerce atividade portuária de capatazia, estiva, conferência e conserto de carga, vigilância de embarcação e bloco;

10- **Trabalhador avulso:** Aquele que, sindicalizado ou não, presta serviço de natureza urbana ou rural, a diversas empresas, sem vínculo empregatício, com a intermediação obrigatória do órgão gestor de mão-de-obra, ou do sindicato da categoria, por exemplo: Carregador de bagagem em porto; Prático de barra em porto e Guindasteiro;

11- **Empregador:** pessoa que trabalhava explorando o seu próprio empreendimento, com pelo menos um empregado;

12- **Outros:** a situação que não se enquadrar em nenhuma das opções acima.

33- **Tempo de trabalho na ocupação** - registrar no primeiro campo, o tempo de trabalho na ocupação em questão em números e no segundo campo, marcar-se tratar de 1-Hora, 2-Dia, 3-Mês ou 4-Ano

DADOS DA EMPRESA CONTRATANTE

34- **Registro do CNPJ:** registrar o CNPJ da empresa contratante

35- **Nome da empresa ou empregador:** registrar o nome da empresa contratante ou do empregador. Em caso de trabalhador autônomo, registrar "autônomo"

36- **Atividade econômica (CNAE):** digite os primeiros caracteres da palavra chave da principal atividade econômica exercida pela empresa contratante ou pelo trabalhador autônomo, e selecione uma das opções disponíveis. Procure identificar com detalhes o ramo de atividade econômica, por exemplo: prestava serviços gerais em estabelecimento comercial de alimentos – supermercado; atividade de comércio de automóveis; ou serviços em empresa de construção civil de prédios/casa; cozinha em hospital; cozinha em restaurante; escola pública; escola particular

37- **UF:** registrar a sigla da unidade da federação onde a empresa se localiza

38- **Município:** selecionar o município onde a empresa se localiza. O código do IBGE pode ser deixado em branco, uma vez que, após selecionado o município, ele será registrado automaticamente

39- **Distrito:** registrar por extenso o distrito do município onde a empresa se localiza

40- **Bairro:** registrar por extenso o bairro onde a empresa se localiza

41- **Endereço:** registrar por extenso o endereço da empresa

42- **Número:** registrar o número referente ao endereço da empresa

43- **Ponto de referência:** registrar algum ponto de referência da empresa

44- **(DDD) Telefone:** registrar o telefone da empresa com DDD

45- **O Empregador é Empresa Terceirizada:** registrar se o empregador do trabalhador foi contratado por outra empresa. Ou seja, se o trabalhador é contratado por uma empresa, mas realiza seu trabalho/sua atividade na área de outra empresa. Selecione uma das opções: 1-Sim 2-Não 3-Não se aplica

46- **Agravos Associados:** Selecione se algum dos seguintes agravos o trabalhador refere ter: Hipertensão arterial, Tuberculose, Diabetes Mellitus, Asma, Hanseníase, Transtorno Mental. Em caso de algum outro agravo/doença, selecione o campo outros e descreva ao lado a enfermidade

47- **Tempo de Exposição ao Agente de Risco:** no primeiro campo selecione quantitativamente o tempo, no segundo campo selecione qualitativamente se corresponde a 1-Hora, 2-Dia, 3-Mês ou 4-Ano

48- **Regime de Tratamento:** selecione 1-Hospitalar (quando houver internação ou procedimentos mais complexos) ou 2-Ambulatorial (quando não houve internação)



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE VITÓRIA
REGIÃO METROPOLITANA

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - SETORIAL

NÚMERO:

POP-NVS-CEREST 011

DATA DE EMISSÃO:

16/05/2024

FOLHA:

7/9

TÍTULO:

NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA - L 98.9: DRT DERMATOSES OCUPACIONAIS

UNIDADE EXECUTANTE:

CENTRO DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR - CEREST Metropolitano

Versão:

02

DERMATOSES OCUPACIONAIS

49- Principal agente causador da Dermatose: selecione o principal agente dentre as opções que estão disponíveis, sendo elas: 01 – Cimento, 02 – Borracha, 03 – Plástico, 04 - Solventes Orgânicos, 05 – Graxas, 06 – Óleo de Corte, 07 – Resinas, 08 – Níquel, 09 – Cósméticos, 10 – Madeiras, 11 – Cromo, 99 – Ignorado ou 12 - Outros em caso de o agente não ser nenhuma das opções anteriores. Especificar no campo que abrirá ao lado qual o agente causador.

50- Localização da lesão (parte do corpo atingida): selecione a parte do corpo atingida dentre as opções disponíveis, sendo elas: 01 – Mão, 02 – Membro Superior, 03 – Cabeça, 04 – Pescoço, 05 – Tórax, 06 – Abdome, 07 – Membro inferior, 08 – Pé, 09 – Todo o corpo, ou 10 – Outro em caso da localização da lesão não ser nenhuma das opções anteriores. Especificar no campo que abrirá ao lado qual a localização da lesão. Caso tenha mais de uma parte do corpo atingida, relatar no campo “**Observação**” no final da ficha.

51- Teste Epicutâneo positivo: selecione se foi realizado o teste utilizando as opções: 1-Sim 2-Não. No campo **Observação** no final da ficha descreva os resultados do teste.

52- Diagnóstico Específico CID10: digite a letra e os dois ou três dígitos numéricos do CID, diagnóstico mais adequado com estado correspondente ao caso. De acordo com a De acordo com a PORTARIA Nº 120-R, DE 18 DE JUNHO DE 2021, são considerados doenças da pele e do tecido subcutâneo relacionados ao trabalho:

- L08.9 Infecção localizada da pele e do tecido subcutâneo, não especificada
- L23.0 Dermatite Alérgica de Contato devida a Metais
- L23.1 Dermatite Alérgica de Contato devida a Adesivos
- L23.2 Dermatite Alérgica de Contato devida a Cosméticos (fabricação/manipulação)
- L23.3 Dermatite Alérgica de Contato devida a Drogas em contato com a pele
- L23.4 Dermatite Alérgica de Contato devida a corantes
- L23.5 Dermatite alérgica de contato devida a outros produtos químicos
- L23.6 Dermatite Alérgica de Contato devida a Alimentos em contato com a pele
- L23.7 Dermatite alérgica de contato devido a plantas, exceto alimentos
- L24.0 Dermatite de Contato por Irritantes devida a Detergentes
- L24.1 Dermatite de Contato por Irritantes devida a Óleos e Gorduras
- L24.2 Dermatite de Contato por Irritantes devida a Solventes
- L24.3 Dermatite de Contato por Irritantes devida a Cosméticos
- L24.4 Dermatite de Contato por Irritantes devida a Drogas em contato com a pele
- L24.5 Dermatite de Contato por Irritantes devida a outros produtos químicos
- L24.6 Dermatite de Contato por Irritantes devida a Alimentos em contato com a pele
- L24.7 Dermatite de contato por irritantes devido a plantas, exceto alimentos
- L25.9 Dermatite de contato não especificada, de causa não especificada
- L50.0 Urticária Alérgica
- L50.2 Urticária devida a frio e a calor
- L50.6 Urticária de Contato
- L55 Queimadura Solar
- L56 Alterações Agudas da Pele devidas a Radiação Ultravioleta, outras
- L56.2 Dermatite por Fotocontato (Dermatite de Berloque)



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE VITÓRIA
REGIÃO METROPOLITANA

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - SETORIAL

NÚMERO:

POP-NVS-CEREST 011

DATA DE EMISSÃO:

16/05/2024

FOLHA:

8/9

TÍTULO:

NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA - L 98.9: DRT DERMATOSES OCUPACIONAIS

UNIDADE EXECUTANTE:

CENTRO DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR - CEREST Metropolitano

Versão:

02

- L56.3 Urticária Solar
- L57.0 Ceratose Actínica
- L57.8 Alterações da pele devidas a exposição crônica à radiação não-ionizante, outras
- L58 Radiodermatite
- L58.0 Radiodermatite Aguda
- L58.1 Radiodermatite Crônica
- L58.9 Radiodermatite, não especificada
- L59.9 Afecções da pele e do tecido subcutâneo relacionadas com a radiação, não especif.
- L60 Afecções das unhas
- L63 Alopecia areata
- L70.8 Acne, outras formas de
- L72.8 Outras formas de Cistos Foliculares da Pele e do Tecido Subcutâneo
- L80 Vitiligo
- L81.4 Hiperpigmentação pela melanina, outras formas de
- L81.5 Leucodermia, não classificada em outra parte
- L81.8 Transtornos especificados da pigmentação, outros
- L84 Calos e calosidades
- L85.1 Ceratose adquirida [ceratodermia] palmar e plantar
- L92.3 Granuloma de corpo estranho da pele e do tecido subcutâneo
- L98.4 Úlcera Crônica da Pele, não classificada em outra parte
- T33 Geladura Superficial
- T34 Geladura com Necrose de Tecidos

CONCLUSÃO

53 - Houve afastamento do trabalho para tratamento? Selecione se ocorreu ou não afastamento do trabalho para o tratamento, escolhendo: 1-Sim 2-Não

54- Tempo de afastamento do trabalho para tratamento: Em caso de resposta afirmativa na questão anterior selecione quantitativamente o tempo, no segundo campo selecione qualitativamente se corresponde a 1-Hora, 2-Dia, 3-Mês ou 4-Ano

55- Com afastamento do trabalho: selecione a condição como o trabalhador(a) ficou com o afastamento do trabalho, selecionando: 1 – Melhor, 2 – Piora

56- Há ou houve outros trabalhadores com a mesma doença no local de trabalho: registrar a resposta do trabalhador ou a informação da equipe de vigilância em saúde do trabalhador, no caso de visita à empresa, preencher como 1-Sim 2-Não

57- Conduta geral: selecione SIM ou NÃO para as opções: Afastamento do agente do risco com mudança de função e/ ou posto de trabalho, Adoção de proteção individual, Adoção de mudança na organização do trabalho, Nenhum, Adoção de proteção coletiva, Afastamento do local de trabalho. Em caso de alguma outra ação/procedimento, selecione 1 – Sim e descreva no campo “**Outros (especificar)**” que abrirá ao lado.

58- Evolução do Caso: Esse campo deve ser qualificado com o acompanhamento longitudinal e continuado do paciente no território, identificando a evolução do caso. É possível atualizar a ficha em até 180 dias, selecione uma das seguintes opções:



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE VITÓRIA
REGIÃO METROPOLITANA

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - SETORIAL

NÚMERO:

POP-NVS-CEREST 011

DATA DE EMISSÃO:

16/05/2024

FOLHA:

9/9

TÍTULO:

NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA - L 98.9: DRT DERMATOSES OCUPACIONAIS

UNIDADE EXECUTANTE:

CENTRO DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR - CEREST Metropolitano

Versão:

02

1- Cura: desaparecimento dos sinais e sintomas da dermatose ocupacional e sem incapacidade decorrente do agravo

2- Cura não confirmada: evolução clínica favorável ou provável resolução da dermatose, porém sem informações ou acompanhamento suficientes para confirmar o desaparecimento completo dos sinais e sintomas

3- Incapacidade temporária: limitação ou impossibilidade temporária para o desempenho da atividade laboral habitual, com expectativa de recuperação da capacidade após tratamento, afastamento da exposição, mudança temporária de função ou outras medidas terapêuticas e preventivas

4- Incapacidade permanente parcial: permanência de sequela ou limitação definitiva decorrente da dermatose, com redução da capacidade para o exercício da atividade laboral habitual, sem incapacidade para todo e qualquer trabalho

5- Incapacidade permanente total: a dermatose ou suas sequelas determinam incapacidade permanente para o exercício de atividade laboral, sem perspectiva de recuperação funcional que permita o retorno ao trabalho

6- Óbito por doença relacionada ao trabalho: o(a) trabalhador(a) evoluiu a óbito tendo a dermatose ocupacional ou suas complicações como causa básica ou condição determinante do óbito

7- Óbito por outras causas: o(a) trabalhador(a) evoluiu a óbito por causa não decorrente da dermatose ocupacional ou de suas complicações

8- Outro: evolução conhecida que não se enquadra nas categorias anteriores. A situação deve ser especificada no campo "Observação" da ficha, sempre que possível.

Caso seja registrado a "opção 6", o campo **59- Se Óbito, Data:** ficará disponível para preenchimento. Registrar a data em que ocorreu o óbito (dd/mm/aaaa).

60- Foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho - identificar se foi emitida a Comunicação de acidente do Trabalho, considerando: 1- Sim 2- Não 3- Não se aplica - para as situações de situações no mercado de trabalho em que não se emite CAT. A CAT é emitida somente para trabalhadores com vínculo empregatício formal.

Observação: Campo aberto para descrição de todo o caso, com riqueza de detalhes, para melhor entendimento do evento, sem limite de caracteres.

4. Observações:

- Não são consideradas ocupações** os termos: aposentado, servidor público, autônomo, dona de casa e estudante.
- Ignorado:** usar apenas em último caso, quando não houver informação essencial para a conclusão e o salvamento da notificação.
- Outros:** usar apenas quando as opções anteriores disponíveis não se enquadrarem na situação apresentada e sempre especificar no campo destinado.

5. Referências:

- e-SUS VS
- Instrutivo SINAN

	GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE VITÓRIA REGIÃO METROPOLITANA		
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - SETORIAL		
	NÚMERO: POP-NVS-CEREST 011	DATA DE EMISSÃO: 16/05/2024	FOLHA: 10/9
TÍTULO: NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA - L 98.9: DRT DERMATOSES OCUPACIONAIS			
UNIDADE EXECUTANTE: CENTRO DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR - CEREST Metropolitano			Versão: 02

Elaborado por: Lilian Lopes Damasceno	Revisado por: Gabriela Maria Coli Seidel	Aprovado por: Gabriela Maria Coli Seidel
Data: 14/08/2026	Data: 21/08/2026	Data: 21/08/2026

Documento original assinado eletronicamente, conforme MP 2200-2/2001, art. 10, § 2º, por:

LILIAN LOPES DAMASCENO
ASSISTENTE SOCIAL - QSS
NVS-VIT - SESA - GOVES
assinado em 21/08/2026 11:02:02 -03:00

GABRIELA MARIA COLI SEIDEL
CHEFE NUCLEO QCE-05
NVS-VIT - SESA - GOVES
assinado em 24/08/2026 13:57:24 -03:00



INFORMAÇÕES DO DOCUMENTO

Documento capturado em 24/08/2026 13:57:24 (HORÁRIO DE BRASÍLIA - UTC-3)
por LILIAN LOPES DAMASCENO (ASSISTENTE SOCIAL - QSS - NVS-VIT - SESA - GOVES)
Valor Legal: ORIGINAL | Natureza: DOCUMENTO NATO-DIGITAL

A disponibilidade do documento pode ser conferida pelo link: <https://e-docs.es.gov.br/d/2026-24TKG8>