



Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual								
	2	Agravado/doença		3	Data da Notificação							
	INFEÇÃO SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEL		Código (CID10)									
	4	UF	5	Município de Notificação	Código (IBGE)							
		JUNDIAÍ										
		6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7	Data dos Primeiros Sintomas						
Notificação Individual	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	1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre 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 a 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					
	17		UF	18	Município de Residência	Código (IBGE)	19	Distrito				
	20		Bairro	21	Logradouro (rua, avenida,...)	Código						
Dados de Residência	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)				
	31		Data da Investigação		32	Classificação Final	33		Critério de Confirmação/Descarte			
					1 - Confirmado 2 - Descartado		1 - Laboratorial 2 - Clínico-Epidemiológico					
	34		Local Provável da Fonte de Infecção					35		UF	36	País
Conclusão	34		O caso é autóctone do município de residência?					1-Sim 2-Não 3-Indeterminado				
	37		Município	Código (IBGE)	38	Distrito	39	Bairro				
	40		Doença Relacionada ao Trabalho		41	Evolução do Caso		42		Data do Óbito	43	Data do Encerramento
			1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		1 - Cura 2 - Óbito pelo agravo notificado 3 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado							
	42		Data do Óbito		43		Data do Encerramento					
AGRAVO												
Nome do Agravado										Código CID 10		
() SÍNDROME DA ÚLCERA GENITAL (EXCLUINDO HERPES GENITAL)										N485		
() SÍNDROME DO CORRIMENTO URETRAL										R36		
() SÍNDROME DO CORRIMENTO CERVICAL										N72		
() HERPES GENITAL (APENAS PRIMEIRO EPISÓDIO)										A60		
() CONDILOMA ACUMINADO (VERRUGAS ANOGENITAIS)										A630		
Investigador	Município/Unidade de Saúde								Cód. da Unid. de Saúde			
	Nome				Função				Assinatura			