



## CAT Comunicado de Acidente de Trabalho

DADOS DA UNIDADE

1. ÓRGÃO EMISSOR	2. UNIDADE DE LOTAÇÃO
3. ENDEREÇO	4. TELEFONE (COM CÓDIGO DE ÁREA)

ACIDENTADO

5. NOME DO TRABALHADOR		6. VINCULO DE TERABALHO <input type="checkbox"/> EFETIVO <input type="checkbox"/> COMISSIONADO	7. MATRÍCULA
8. CPF	9. RG	10. CARGO/FUNÇÃO	11. TIPO DE ACIDENTE <input type="checkbox"/> TÍPICO <input type="checkbox"/> DOENÇA <input type="checkbox"/> DE TRAJETO <b>EM CASO DE DÚVIDA O MÉDICO PREENCHE</b>
13. DATA DE NASCIMENTO / /	14. TELEFONE (COM CÓDIGO DE ÁREA)	15. CELULAR (COM CÓDIGO DE ÁREA)	12. AFASTAMENTO DO TRABALHO? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
16. ENDEREÇO			

CARACTERÍSTICAS DO ACIDENTE

17. DATA DO ACIDENTE / /	18. HORA DO ACIDENTE	19. APÓS QUANTAS HORAS DE TRABALHO?	20. AREA <input type="checkbox"/> URBANA <input type="checkbox"/> RURAL	21. PASSOU POR ATENDIMENTO MÉDICO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
22. PARTE(S) DO CORPO AFETADA(S)		23. AGENTE CAUSADOR	24. INTERNAÇÃO? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	25. ÓBITO? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
26. DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO GERADORA DO ACIDENTE				
27. NOME DA 1ª TESTEMUNHA DO ACIDENTE			28. TELEFONE DA 1ª TESTEMUNHA DO ACIDENTE	
29. NOME DA 2ª TESTEMUNHA DO ACIDENTE			30. TELEFONE DA 2ª TESTEMUNHA DO ACIDENTE	

31. RESPONSÁVEL PELA ABERTURA DA CAT  Assinatura e Carimbo NOME DATA: ___/___/___	32. CHEFIA DA UNIDADE DE GESTÃO DE PESSOAS  Assinatura e Carimbo NOME DATA: ___/___/___
---	---

PREENCHIMENTO MÉDICO DO TRABALHO DA UNIDADE. CASO NÃO TENHA: MÉDICO PERITO- SPMSO

33. LOCAL DA INSPEÇÃO: <input type="checkbox"/> Saúde Ocupacional da Unidade <input type="checkbox"/> Residência <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> SPMSO	35. TIPO DE ACIDENTE <input type="checkbox"/> TÍPICO <input type="checkbox"/> DOENÇA <input type="checkbox"/> DE TRAJETO
34. DIAGNÓSTICO INICIAL (CID)	
36. DESCRIÇÃO DA LESÃO	
37. OBSERVAÇÕES	
38. MÉDICO DA UNIDADE DE SAÚDE OCUPACIONAL  Assinatura e Carimbo NOME DATA: ___/___/___	

PREENCHIMENTO SPMSO

39. AVALIAÇÃO DO MÉDICO PERÍTO
DATA: ___/___/201___  Assinatura e Carimbo - Médico Perito

MÉDICO PERITO

CRIAÇÃO 01/09/11	Nº DOC SPMSQ/ DSO- 003	NOME CAT	VERSAO 3ª	CRIADO POR NGCS	ATUALIZADO EM 22/05/12
---------------------	---------------------------	-------------	--------------	--------------------	---------------------------