



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

CARACTERÍSTICAS DO ACIDENTE

17. DATA DO ACIDENTE / /	18. HORA DO ACIDENTE	19. APÓS QUANTAS HORAS DE TRABALHO?	20. ÁREA <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	

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

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

PREENCHIMENTO SPPMSO

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

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

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