**CAT – COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO**

**Data da ocorrência: \_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_Tipo de CAT: ( ) Inicial ( ) Reabertura ( ) Comunicação de óbito**

**Tipo: ( ) Típico ( ) Doença ( ) Trajeto**

|  |
| --- |
| **1 - IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR** |
| Nome: | Data de nascimento:\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ |
| RG: | Secretaria: | CPF:  |
| Matrícula do servidor(a) |  |  |
| Filiação: Pai:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Mãe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Endereço do servidor: |
| Cargo ou função: |
| Local de trabalho: |
| Estado Civil: | Sexo: ( ) M ( ) F |
| **2 - INFORMAÇÕES DO ACIDENTE** |
| Data do acidente: / /  | Hora do acidente: \_\_\_\_ :\_\_\_\_ | Horas trabalhadas: \_\_\_\_:\_\_\_\_ |
| Local do acidente: |
| Descrição do acidente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| Declaro que nada omiti em relação ao estado de saúde, sendo completas e verdadeiras as informações prestadas assumindo total responsabilidade por elas.Rio Verde, \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Assinatura do(a) servidor(a)** |
|

|  |
| --- |
| **3 - TESTEMUNHAS** |

 |
| **1. Nome:** |  |
| **Data de nascimento:** | Nº **Telefones:** |
| **Endereço:** |
| **Local e Data** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Assinatura** |
| **2. Nome:** |  |
| **Data de nascimento:** | **Nº Telefones:** |
| **Endereço:** |
| **Local e Data** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Assinatura** |

|  |  |
| --- | --- |
|

|  |
| --- |
| **4 - ATESTADO MÉDICO** |

 |
| **Houve afastamento médico?****( ) sim ( ) não Quantidade de dias:**  | **Unidade de atendimento:** |
| **Parte do corpo:**  | **Agente Causador:** |
| **Data do atendimento: / /** | **Hora do atendimento:\_\_\_\_: \_\_\_\_\_** |
| **Médico que atendeu o servidor(a)** |  |
| **Nº do CRM:** |  |
| **Houve registro policial?****( ) sim ( ) não**  | **Óbito? ( ) sim ( ) não Data:**  |
|  |  |
| **(Deve ser preenchido por profissional médico)** |
|  |
| **Diagnóstico provável: CID:**  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Local e Data** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Assinatura e carimbo do médico c/nºCRM** |