**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** | |