



ANEXO I

 SECRETARIA DE ESTADO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO SUGESP/SCPMO/DCSO		COMUNICAÇÃO ACIDENTE DE TRABALHO - CAT	
		DECLARAÇÃO MÉDICA DO 1º ATENDIMENTO	
01 - Unidade de atendimento médico	02 - Data	03 - Hora	04 - Carimbo da Unidade
_____ / _____ / _____ : _____			
05- Paciente/Servidor:		06- Data de Nascimento:	
07- Filiação materna:			
08- Naturalidade:			
09- Descrição das lesões:			
_____ _____ _____			
10-Exames complementares realizados com data: () sim () não. Descrever:			
_____ _____			
11- Diagnóstico:		12 - CID(S):	
_____		_____	
13- Há compatibilidade entre o estágio evolutivo das lesões, a natureza, a localização e o acidente declarado: () SIM () NÃO			
14- Há necessidade de afastamento do trabalho:		15- Regime de Tratamento:	
() SIM () NÃO		() Ambulatorial () Internação () Cirúrgico	
16- OBS: (Encaminhamentos)			

MUNICÍPIO/REGIONAL	DATA	ASSINATURA/CARIMBO DO MÉDICO	
_____	_____/_____/_____	_____	
ESTE RELATÓRIO MÉDICO DEVERÁ SER ANEXADO À DECLARAÇÃO DA CHEFIA IMEDIATA E ENTREGUE NA UNIDADE PERICIAL/SEPLAG PARA CARACTERIZAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO.			

ANEXO II

 SECRETARIA DE ESTADO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO SUGESP/SCPMO/DCSO		COMUNICAÇÃO ACIDENTE DE TRABALHO - CAT	
		DECLARAÇÃO CHEFIA DO SERVIDOR	
PARA USO DA SUPERINTENDÊNCIA CENTRAL DE PERÍCIA MÉDICA E SAÚDE OCUPACIONAL: 01 - REGIONAL SEPLAG			
02 - NOME: _____		03 - MASP: _____	
04 - NATURALIDADE: _____		05 - DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____	
06 - CPF: _____		07 - SEXO: M () F ()	
08 - ESTADO CIVIL : _____			
09 – SITUAÇÃO FUNCIONAL:			
10 - FILIAÇÃO MATERNA:			
11 - ENDEREÇO RESIDENCIAL: (Rua, Av. Praça):			
12 - Nº:	13 - Complemento:	14- BAIRRO:	15- CEP:
16 - DISTRITO/MUNICÍPIO:	17- UF:	18 - DDD TEL: ()	
19 - CARGO 01:	20 - UNIDADE DE EXERCÍCIO:	21 - HORÁRIO:	
22 - CARGO 02:	23 - UNIDADE DE EXERCÍCIO:	24- HORÁRIO:	
25- DESCRIÇÃO ATIVIDADE ATUAL DESENVOLVIDA PELO SERVIDOR:			
_____ _____ _____			