ANEXO II

SECRETARIA DE ESTADO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO SUGESP/SCPMSO/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/MUNICIPIO: 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:

26 - ACIDENTE: ( ) TÍPICO ( ) PÉRFURO-CORTANTE 27- DATA DO ACIDENTE: _____/_____/_____

28 - HORA: _____:_____ ( ) TRAJETO ( ) SECREÇÕES

29 - APÓS QUANTAS HORAS TRABALHADAS:

30 - LOCAL DO ACIDENTE:

31 - MUNICIPIO/DISTRITO: 32- CARGO EM QUE OCORREU O ACIDENTE: (1) (2)

33-DESCRIÇÃO: COMO OCORREU O ACIDENTE, COM RELATO DA PARTE DO CORPO ATINGIDA:

34 - HOUVE REGISTRO POLICIAL (B.O.) ? SIM ( ) NÃO ( )

35 - EM CASO DE ACIDENTE DE TRAJETO, TRATA-SE DE PERCURSO HABITUAL DO SERVIDOR? SIM ( ) NÃO ( )

36 - CONDUÇÃO HABITUAL:_____

37 - DISTANCIA PERCORRIDA RESIDÊNCIA/TRABALHO – TRABALHO/RESIDÊNCIA:_____

OBS.: EM CASO DE ACIDENTE DE TRAJETO/AGRESSÃO, ANEXAR BOLETIM DE OCORRÊNCIA E/OU DOCUMENTO HÁBIL

38 - TESTEMUNHA 1:

NOME: IDENTIDADE:

ENDEREÇO:

TESTEMUNHA 2:

NOME: IDENTIDADE:

ENDEREÇO:

.

_____ ___/_____/___

ASSINATURA E CARIMBO/ CHEFIA IMEDIATA / MASP DATA

_____

ASSINATURA DO SERVIDOR/MASP

NÚMERO DO PROTOCOLO :

Nome_____

ESTA DECLARAÇÃO DA CHEFIA IMEDIATA DEVERÁ SER ANEXADA AO RELATÓRIO MÉDICO E ENTREGUE NA UNIDADE PERICIAL/SEPLAG PARA CARACTERIZAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO.