

## ANEXO III

 <p>SECRETARIA DE ESTADO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO SUGESP/SCPMO/DCSO</p>	<b>COMUNICAÇÃO ACIDENTE DE TRABALHO - CAT</b>	
	<b>REQUERIMENTO DE DOENÇA PROFISSIONAL</b>	
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: ( ) SIM ( ) NÃO		15- Regime de Tratamento: ( ) Ambulatorial ( ) Internação ( ) Cirúrgico
16- OBS: (Encaminhamentos)		
_____	____/____/____	_____
MUNICÍPIO/REGIONAL	DATA	ASSINATURA/CARIMBO DO MÉDICO
<b>ESTE RELATÓRIO MÉDICO DEVERÁ SER ANEXADO À DECLARAÇÃO DA CHEFIA IMEDIATA E ENTREGUE NA UNIDADE PERICIAL/SEPLAG PARA CARACTERIZAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO.</b>		