



COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DO TRABALHO - CAT

(Ler atentamente as orientações, no verso, antes do preenchimento)

1 - Emitente 2 - Sindicato 3 - Médico 4 - Segurado ou dependente 5 - Autoridade Pública

2 - Tipo de CAT 1

1 - Inicial 2 - Reabertura 3 - Comunicação de Óbito em:

EMPREGADOR	3 - Razão Social / Nome Sindicato dos trab. do serv. Pub. Mun. Porto Ferreira							
	4 - Tipo <input type="checkbox"/> 1 - CNPJ 2 - CEI 3 - CPF 4 - NIT 5 - CNAE 6683337700013036006	6 - Endereço Rua/Av./Nº/ Complemento Abel Trubian nº 200						
ACIDENTADO	Rua/Av./Nº/ Complemento (continuação)	Bairro 5ª Rosa I	CEP 13660000	7 - Município P. Ferreira	8 - UF SP	9 - Telefone 35814163		
	10 - Nome Claudio Lima		11 - Nome da mãe Dione Ferreira de Lima					
	12 - Data de nasc. 21/10/1974	13 - Sexo <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Masc. 3 - Fem.	14 - Estado civil 1 - Solteiro 2 - Casado 3 - Viúvo 4 - Sep. Judic. 5 - Outro 6 - Ignorado	15 - CTPS Nº / Série / Data da emissão	16 - UF SP	17 - Remuneração mensal 667,00		
	18 - Carteira de Identidade	Data da emissão	Órgão Exp.	19 - UF	20 - PIS/PASEP/NIT	21 - Endereço Rua/Av./Nº/Comp. Travessa da		
ACIDENTE OU DOENÇA	Rua/Av./Nº/ Complemento (continuação) Fazendinha		Bairro fl. Amélia	CEP 13.660000	22 - Município P. Ferreira	23 - UF SP	24 - Telefone 35851952	
	25 - Nome da ocupação Sigia		26 - CBO	27 - Filiação à Previdência Social 1 - Empregado 2 - Trab. avulso 7 - Seg. especial 8 - Médico resid.		28 - Aposentado? <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não	29 - Áreas 1 - Urbana 2 - Rural	
	30 - Data do acidente 11/02/2012	31 - Hora do acidente 16:30	32 - Após quantas horas de trabalho? 16:30		33 - Tipo <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Típico 2 - Doença 3 - Trajeto	34 - Houve afastamento? <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não		
	35 - Último dia trabalhado 09/02/2012	36 - Local do acidente <input type="checkbox"/>	37 - Especif. do local do acidente Clavícula Ania Branca		38 - CNPJ	39 - UF		
40 - Município do local do acidente Porto Ferreira		41 - Parte(s) do corpo atingidas(s) Clavícula		42 - Agente causador Ania				
43 - Descrição da situação geradora do acidente ou doença na trajetória do trabalho, ao sair o trave de Posto de trabalho e cair.		44 - Houve registro policial? <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não		45 - Houve morte? <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não				
46 - Nome Claudio de Lima		47 - Endereço Rua/Av./Nº/comp. Travessa Fazendinha nº 10 fl. Amélia		CEP 13660000	48 - Município P. Ferreira	49 - UF SP	Telefone 35851952	
50 - Nome Sindamir Ferreira de Silva		51 - Endereço Rua/Av./Nº/comp. Av. Pedro Barros nº 140		Bairro fl. Dalva	CEP 13660000	52 - Município P. Ferreira	53 - UF SP	Telefone 35886263

Porto Ferreira 10 Fevereiro 2012
Local e data

SINDICATO DOS TRABALHADORES DO SERVIÇO PÚBLICO MUNICIPAL DE PORTO FERREIRA
Assinatura e carimbo do emitente

II - ATESTADO MÉDICO	54 - Unidade de atendimento médico UOP. Dora Sobez - PS		55 - Data 10/02/2012	56 - Hora
	57 - Houve internação? <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não		58 - Duração provável de tratamento 60 dias	
	59 - Deverá o acidentado afastar-se do trabalho durante o tratamento? <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não			
	60 - Descrição de natureza da lesão Travessia da clavícula			
61 - Diagnóstico provável Fratura de clavícula			62 - CID - 10 S92	
63 - Observações				
Local e data Porto Ferreira 28/02/12			Assinatura e carimbo do médico com CRM JR. JOÃO L. A. QUEIROZ CRM 7842 TEST 6850	

III - INSS	64 - Recebida em	65 - Código da Unidade	66 - Número da CAT	Notas: 1 - A inexatidão das declarações desta comunicação implicará nas sanções previstas nos arts. 171 e 299 do Código Penal. 2 - A comunicação de acidente do trabalho deverá ser feita até o 1.º dia útil após o acidente, sob pena de multa, na forma prevista no art. 22 da lei n.º 8.213/91
	67 - Matrícula do servidor	Assinatura do servidor		

A COMUNICAÇÃO DO ACIDENTE É OBRIGATORIA, MESMO NO CASO EM QUE NÃO HAJA AFASTAMENTO DO TRABALHO

Nome.....:CLAUDIO DE LIMA

Convenio.:1 - SUS

Med.Sol...:129872 - Dr(a) RODRIGO FAIXAO ETTO

Técnico...:22065 - EVANDRO JOSE PEDROSO

Digitador: FATIMA

Prontuario.:34682

Registro:30883

Atendimento:Externo

Idade....:37

Local.....:12-PRONTO SOCORRO

Atendimento:10/02/2012

Hora.....:16:54

Dta. Coleta:10/02/2012

E X A M E

OMBD - OMBRO DIREITO

Ausência de sinais de fraturas recentes.

TOR1 - TORAX PA

Arcos costais íntegros.

Pulmões sem velamentos.

Seios costo frenicos livres.

Área cardíaca normal.

Dr. (a) PAULO ROBERTO CALAFAZZI - 34030

Irmandade de Misericórdia de Porto Ferreira

Rua Dr. Carlindo Valeriani - 337

Centro - Porto Ferreira - São Paulo

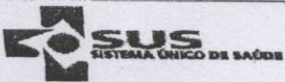
Fone: (19) - 3589 - 5500

Centro de Diagnóstico por Imagem

Rua João Miranda Salgueiro - 340

Centro - Porto Ferreira - São Paulo

Fone: (19) - 3589 - 5515



SECRETARIA DO ESTADO DE SÃO PAULO
 COORDENADORIA DE SAÚDE DO INTERIOR
 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO
 FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL - FAA

RT

01. UNIDADE REQUISITANTE

Nome: _____
 Gestor: _____

02. UNIDADE PRESTADORA

Nome: Irmandade de Misericórdia de Porto Ferreira - C.N.P.J.: 55.189.930/0001-27 Cod. SUS/SP: 2082322
 Endereço: Rua Dr. Carlindo Valeriane, 337 - Porto Ferreira - SP

03. IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE

Nome: CLAUDIO DE LIMA Prontuário: 34682
 Telefone: _____ Telefone Contato: _____ Nº R.G.: _____
 Idade: 37a 3m Nascimento: 21/10/1974 Sexo: Masculino Religião: _____
 Endereço: ESTRAD VELHA DA FAZENDINHA N. 80 Cep.: 13660000
 Cidade: PORTO FERREIRA Bairro: ANESIA Cod. Mun.: 354070 UF: SP

04. IDENTIFICAÇÃO DO ATENDIMENTO

Registro: 30883 Data: 10/02/2012 Hora: 16:54 ALESSANDRA
 CDC: 12 PRONTO SOCORRO Conv.: 1 SUS
 Tipo Atendimento: 0
 Grupo de Atendimento: 0

Procedimento: SIA/SUS	Descrição do Procedimento	Assinatura do Paciente por Extenso
0301060061	Consult	Adilson R. Barros
0301100012	Medic	Adilson R. Barros
	Doc	Adilson R. Barros
		Adilson R. Barros
		Adilson R. Barros

CLASSIFICAÇÃO DE RISCOS:

() () AMARELO () ()

QUEIXA PRINCIPAL:

17.2012 - sofreu queda de noite, fratura de _____.

MEDICAÇÕES EM USO:

ANTECEDENTES FAMILIARES: Dorsalgia

() Diabetes () Hipertensão () Doença pulmonar
 () Doença Cardíaca () Outros

DOENÇAS PRÉ-EXISTENTES:

Tabagista: (/) Sim () Não Obs.: Se sim a quanto tempo: _____
 Etilista: (/) Sim () Não Obs.: Se sim quantas doses diárias: _____
 Alergia: () Sim (/) Não Obs.: Se sim a que: _____

SINAIS VITAIS:

PA _____ PULSO 109 FREQ. RESP. _____
 T_{ax} _____ SATO2 98 DEXTRO _____

FC () Rítmico () Arritmico

ECG: Realizado () Sim () Não

Anderson W. de Silva
 Enfermeiro

ENFERMEIRO: _____ COREN: _____

PREENCHIMENTO MÉDICO

ANAMNESE:

Queda de moto; dor

Queda D

EXAME FÍSICO:

De ombro (D)

- NEUROLÓGICO: CONSCIENTE INSCONSCIENTE SONOLENTO CONFUSO GLASGOW
- RESPIRATÓRIO: MV PRESENTE MV AUSENTE RONCOS SIBILOS
 ESTERTORES SUBCREPITANTES ESTERTORES CREPITANTES
- CARDIO: RITMO REGULAR RITMO IRREGULAR BULHAS _____
- ABDOMEN: INDOLOR DOLOROSO GLOBOSO DB
 DISTENDIDO FLÁCIDO RÍGIDO RHA
- EXTREMIDADES: PERFUSÃO NORMAL CIANOSE EDEMA ____/4
 PERFUSÃO DIMINUÍDA PULSO RADIAL PULSO PEDIOSO
- GENITOURINÁRIO: DIURESE NORMAL DIURESE DIMINUÍDA ANÚRIA
 INCONTINÊNCIA SONDA VESICAL CISTOMA
 DISURIA HEMATÚRIA PIÚRIA

OBS.:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Fratura clavícula (D) 542.0

EXAMES SOLICITADOS / RESULTADOS:

Rx torax + ombro (D)

TERAPIA REALIZADA: (MEDICAÇÃO E MATERIAL)

Profund - (-) (11) ^{Q56}
 Anestesia - (-) ^{01 remoci S}
^{01 acupunkia}
^{01 ag 30 x f}
^{01 bala de}
^{01 limpa}

AValiação da especialidade:

ENCAMINHAMENTO:

- OBSERVAÇÃO SETOR AMARELO SETOR VERDE
 EMERGÊNCIA INTERNAÇÃO ALTA

Rodrigo Paixão Etto
CRM-SP 129.872
Médico

MÉDICO:

CRM: