



Comunicação de Acidente de Trabalho

Número da CAT: 2017.384.533-9/01

Informações do Emitente

Emitente	1 - Empregador	Data Emissão	19/10/2017
Tipo de CAT	1 - Inicial	Comunicação Óbito	
Filiação	1 - Empregado	E-mail	RH@IGARAPAVA.SP.GOV.BR

Informações do Empregador

Razão Social/Nome	MUNICIPIO DE IGARAPAVA	CNAE	84116
Tipo/Num. Doc.	1 - CGC/CNPJ 453242900001-67	Endereço	R DOUTOR GABRIEL VILELA 413
CEP	14540000	Estado	SP
Bairro	CENTRO	Telefone	0160-31723878
Município	IGARAPAVA		

Informações do Acidentado

Nome	JOSE RODRIGUES DA SILVA	Data Nascimento	24/07/1960
Nome da Mãe	OLINA RODRIGUES	Sexo	
Grau de Instrução	3 - Até a 4a série fundamental(completa)		
Estado Civil	Casado	Remuneração	2.452,00
CTPS	88 Série: 00417 Dt emissão: UF: SP	Identidade	146 Dt emissão: Org Exp: 01 UF: SP
PIS/PASEP/NIT	170	Endereço	JOSE DE SOUZA 34
Bairro	UBALDO FAGGIONI	CEP	14540000
Estado	SP	Município	IGARAPAVA
Telefone	-	CBO	717020 - SERVENTE DE OBRAS
Aposentado	Sim	Área	Urbana

Informações do Acidente

Data do Acidente	17/10/2017	Hora do Acidente	00:00
Horas Trabalhadas	00:00	Tipo	3 - Trajeto
Houve afastamento?	Sim	Reg. Policial	Não
Local do Acidente	5 - Outros	Esp. Local	NA RUA
CGC da Prestadora	CNPJ --	UF do Acidente	
Município do Acidente		Último dia Trabalhado/Dt Óbito	17/10/2017
Parte do Corpo	75.30.30.000 - CRANIO (INCLUSIVE ENCEFALO)		
Agente Causador	30.30.75.250 - VEICULO RODOVIARIO MOTORIZADO		
Sit. Gerador	20.00.08.300 - IMPACTO SOFRIDO POR PESSOA DE OBJE		
Morte	Não	Data Óbito	

Local e Data

Assinatura e carimbo do emitente

Informações do Atestado Médico

Unidade	CEREST	Data Atend.	17/10/2017
Hora Atend.	17:18	Houve Internação?	Sim
Deverá o acidentado afastar-se durante o tratamento?	Sim - 003 dia(s)		
Nat. Lesão			
CID - 10			
Observações	ACIDENTE TRANSITO	CRM	0000182565 - UF: SP

Local e Data

Assinatura(*) e carimbo (legível) do médico com CRM/UF

Cadastrada em 19/10/2017 às 17:26:01

* A apresentação do atestado médico original, com as informações de identificação do médico assistente, substitui o preenchimento deste campo.

A impressão desta CAT deverá ser apresentada juntamente com o(s) documento(s) original(is) referente ao Segurado, para requerer o benefício acidentário junto à Agência da Previdência Social.

RAAT - Relatório de Atendimento ao Acidente do Trabalho

Secretaria de Saúde de Franca/SP

CEREST - Centro de Referência em Saúde do Trabalhador

FRANCA



ATENDIMENTO

Nº:

Lucena Alves de Oliveira

Enfermeira

(carimbo)

Unidade: Santa Casa Jaguapava Data: 17/10/2017 Hora: 17:18 Atendente: Caren SP 211385

PACIENTE

Nome: José Rodrigues da Silva

Nasc: 24/07/1960 sexo: M F

Nome da Mãe: Josefa Olinda Rodrigues Alves

End: Jose de Souza 1000 Bairro: Vila Fag CEP: 14540-000 Fone:

Bairro: Vila Fag

Ocupação: Serviços Gerais

Regime de trabalho: CLT Autônomo

Outro:

Empresa/Local de Trabalho:

Tel:

Ramo de atividade: Servente de Pedreiro

Endereço: Av. João Agusto de Freitas 3: nova Jaguapava

ACIDENTE

Data: 17/10/2017

Hora: 16:55

Típico

Trajeto

Doença Ocupacional

- Queda
- Queda de Objetos
- Veículo de Transporte
- Esforço / Peso

- Explosão / Incêndio / Fogo
- Corrente Elétrica
- Máquina / Ferramenta
- Substância Quente / Fria

- Produto Químico
- Ag. Biológico (secreções / excreções)
- Plantas / Animais Venenosos
- Outro Qual?

Descreva o acidente:

Paciente caiu quando andava na escada e bateu com a cabeça no chão

ATESTADO MÉDICO

Partes do Corpo Atingidas

- | | | | | | |
|-------------------------------------|---|----------------------------------|---------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Cabeça | <input type="checkbox"/> Olho ()D ()E | <input type="checkbox"/> Tórax | <input type="checkbox"/> Pelve | <input type="checkbox"/> Mão ()D ()E | <input type="checkbox"/> Membro SUP ()D ()E |
| <input type="checkbox"/> PESCOÇO | | <input type="checkbox"/> Abdomen | <input type="checkbox"/> Coluna | <input type="checkbox"/> Pé ()D ()E | <input type="checkbox"/> Membro INF. ()D ()E |
| <input type="checkbox"/> Outro (s): | | | | | |

Diagnóstico:

- | | | | | | |
|--|-----------------------------------|--|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Ferimento | <input type="checkbox"/> Entorse | <input type="checkbox"/> Alergia / Contato | <input type="checkbox"/> Esmagamento | <input type="checkbox"/> Perfuração | <input type="checkbox"/> Politraumatismo |
| <input type="checkbox"/> Contusão | <input type="checkbox"/> Fratura | <input type="checkbox"/> Probl. Respiratório | <input type="checkbox"/> Lombalgia | <input type="checkbox"/> Queimadura | <input type="checkbox"/> Trauma Visceral |
| <input type="checkbox"/> Amputação | <input type="checkbox"/> LER/DORT | <input type="checkbox"/> Intoxicação / Envenenamento | <input checked="" type="checkbox"/> Traum. Cran. Encef | <input type="checkbox"/> Contato Mat. Biológico | |
| <input type="checkbox"/> Outro(s) especificar: | | | | | |

Gravidade: Leve Moderada Grave Fatal

Afastamento: 03 () dias

Caso resolvido (Pronto Socorro, USB, PSF, Hospital)

Cid - 10

Encaminhamento p/a especialidade:

Internação - Hospital:

Franca 17/10/17

Guilherme Silva Novaes Padua

Observação:

Médico
(carimbo e assinatura)

Ciência do Trabalhador:

As informações colhidas são de responsabilidade do usuário, ou de seu responsável / acompanhante (quando inconsciente).

Via branca: Ao CEREST

Via rosa: Para empresa providenciar C.A.T.

Via amarela: TRABALHADOR

Rua Antônio Bernardes Pinto, 5175 - Vila Imperador - Franca - SP
CEP 14.409-242 - Telefone: (16) 3727-5922 - e-mail: cerest@franca.sp.gov.br

CÓD 9.2



RAAT - Orientações para preenchimento

PACIENTE • Para o preenchimento do RAAT deve-se primeiramente perguntar ao **paciente** (quando inconsciente, ao seu acompanhante/ responsável), se o acidente ocorreu quando ele **estava trabalhando** ou **estava em direção ao trabalho** (indo, vindo ou horário de almoço, ou **estava a serviço da empresa patrão**). Caso alguma resposta seja positiva, o RAAT deve ser preenchido.

- O Preenchimento completo evita que o trabalhador/usuário retorne à Unidade de Saúde gerando retrabalho aos atendentes.
- Tanto o **Atendente** da Unidade de Saúde que faz o preenchimento, quanto o **Médico** que assina o documento devem ser identificado através de seus respectivos **carimbos** funcionais.
- Os campos em destaque serão preenchidos pelo digitador do RAAT no sistema de dados

Ocupação: Perguntar: Você trabalha de quê? O que está registrado na Sua Carteira Profissional?

Regime de Trabalho: OUTROS: são os trabalhadores avulsos, os que fazem os chamados "bicos" e não possuem carteira assinada e nem o carnê de autônomo do INSS (cor laranja). Alguns exemplos: diaristas, "chapas". artesãos, catadores de papelão, por vezes alguns trabalhadores da construção civil (pedreiros, carpinteiros, pintores, eletricistas, encanadores, servente, etc).

Empresa/Local de Trabalho: Geralmente citam o nome fantasia da firma onde trabalham. Muitas firmas fornecem uniformes (se não entender a fala do paciente, observe se há escrito em suas vestimentas).

Ramo de atividade: características da principal atividade desenvolvida pela empresa. Exemplos: construção civil; calçados; curtume; ind. de borracha/solado; ind. química; metalúrgica; mecânica; usina de açúcar/álcool; marcenaria/madeireira; agrícola: pecuária; lavoura; petróleo e combustível/serviços; depósito de mercadorias/sacaria; restaurante; hotel; escritório; comércio; varejista; supermercado; açougue; padaria/panificadora; gráfica/tipografia; promotora de eventos; unidade de saúde (clínica, consultório etc) entidade assistencial;

Trajeto: ao entregar as duas vias do RAAT ao trabalhador, oriente-o a procurar o Plantão Policial e registrar um Boletim de Ocorrência, antes de se dirigir à empresa.

A causa é o que provocou o ferimento no trabalhador: Alguns exemplos.

Queda de Altura: de escadas, de andaimes, de plataformas, de telhados, de banquetas improvisadas.

Queda de Objetos: sobre o trabalhador com uma barra de ferro, uma caixa, uma ferramenta, uma máquina, um móvel

Veículo de Transporte: geralmente atropelado em um acidente de trânsito por carro, por caminhão, por ônibus, por motocicleta, por bicicleta.

Esfoco/peso: ao carregar, ao empurrar, ao arrastar caixas, engradados, sacaria, pedras, (granito, mármore), móveis, máquinas, carretas, empilhadeira manual, carrinho de mão.

Corrente elétrica: choque de fios desencapados, de quadros de distribuição, de cabines de força, de ligações improvisadas ("gambiarras"), de fiação de automóveis;

Máquina/Ferramenta: que feriu o trabalhador como: enxada; facão; podão; faca; estilete; bisturi; agulha (de seringa, de máquina de costura e de costura manual - "silveira"); tesoura; lâmina; alicate; chave de fenda, furadeira; britadeira; betoneira; martelo; marreta; talhadeira; formão; seião; esmeril; serra circular; grampeador; torno; desengrenadeira; desengrossadeira; lixeira; balancim; chanfradeira; fatiador de carne/frios; cilindro; massa; correta; batedeira; jateador de areia; pressurizador de água.

Substância Quente/Fria: Chapa quente; tampa de panela; água de radiador; vapor (de caldeira de forno, de estufa; de tachos; de churrasqueira de aquecedor); brasas; pedra de gelo; câmara fria; tubulação de refrigeração; carne congelada; nitrogênio líquido; gelo seco.

Produto Químico: Agrotóxicos; cloro; veneno (de rato/ barata/ inseto); água sanitária; água de bateria; inseticida; ceras; tintas; vernizes; colas solventes (thiner); cola de sapateiro removedores de cola/ manchas; ("cemorim"); óleo lubrificante; óleo diesel; querose; álcool; gasolina; gás; calimento; poeiras (de lixação, de armazém, de carvão, areia); fumaças (de queimadas, de fundição); fumo de solda elétrica.

Agentes Biológicos: quando o acidente ou doença ocupacional for provado por: excreção/secreção (urina, fezes, sangue, sêmen, tecidos orgânicos, vísceras, vômitos); ou na manipulação de remédios, ou por trabalhar em cemitérios; ou em rede de esgotos.

Plantas/Animais Peçonhentos: "Vara" de café, folha de cana/capim; folha de urtiga; carrapicho; "leite de folhas (figo, mamão, picada de cobra picada de inseto (abelha, vespa, marimbondo, mosca); picada de escorpião; picada de carrapato; mordida de cão.

Outros: corte com caco de vidro; corte metáis lascados: (lata, calha); escorregar em piso (com água, com cera).

Parte do Corpo Atingida: É importante que se descreva o Ponto Específico: exemplo: Couro Cabeludo; orelha direita; dedo indicador esquerdo, antebraço esquerdo; cotovelo esquerdo; região frontal; coluna lombar; coluna cervical; pálpebra direita, sobrancelha esquerda; joelho direito; panturrilha esquerda; tornozelo esquerdo; planta do pé direito, região fronto-temporal; pulmão; estômago; ombro esquerdo; clavícula direita; dentes etc.

CID-10: Por se tratar de um atestado médico é **imprescindível** a colocação do CID-10. Caso haja mais de um coloque-o.

Dias de Afastamento: Por se tratar de um atestado médico é **imprescindível** a colocação do número de dias de afastamento. Eles deve ser em um numeral e por extenso. Caso não haja necessidade de afastamento escreva "0(zero)" ou "----(nenhum)".

Observações: Citar qualquer tipo de informação médica adicional como: A descrição da natureza da lesão; As condições patológicas preexistentes com causas; Se há compatibilidade entre o estágio evolutivo da(s) lesão(es) e a data do acidente declarada; Se há recomendação especial para o retorno ao trabalho; Se há recomendações especiais nos cuidados ao ferimento; Orientação no encaminhamento para a especialidade; Exames solicitados para diagnóstico.