



ATENDIMENTO

UNIDADE: _____ DATA: ___ / ___ / ___ HORA: ____ : ____
 ATENDENTE: _____ EMITIDA CAT: S N Nº: _____

PACIENTE

NOME: _____
 DATA NASC: ___ / ___ / ___ SEXO: M F NOME DA MÃE: _____
 END: _____ Nº: _____ BAIRRO: _____
 CEP: _____ FONE: _____ OCUPAÇÃO: _____
 REGIME TRABALHO: CLT AUTÔNOMO FUNCIONÁRIO PÚBLICO OUTRO
 EMPRESA: _____ RAMO ATIV: _____
 END EMPRESA: _____ FONE: _____

ACIDENTE

DATA: ___ / ___ / ___ HORA: ____ : ____ TÍPICO TRAJETO DOENÇA OCUPACIONAL

LOCAL: _____

DESCRIÇÃO RESUMIDA: _____

CAUSA(S):

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> VEÍCULO DE TRANSPORTE | <input type="checkbox"/> EXPLOÇÃO/INCÊNDIO/FOGO | <input type="checkbox"/> AGENTES QUÍMICOS/BIOLÓGICOS |
| <input type="checkbox"/> QUEDA DE ALTURA | <input type="checkbox"/> MÁQUINAS/EQUIPAMENTOS | <input type="checkbox"/> AGENTES FÍSICOS (CALOR, RUÍDO, RADIAÇÃO ETC) |
| <input type="checkbox"/> QUEDA DE OBJETOS | <input type="checkbox"/> CORRENTE ELÉTRICA | <input type="checkbox"/> ANIMAIS/PLANTAS VENENOSOS |
| <input type="checkbox"/> ESFORÇOS/PESO | <input type="checkbox"/> SUBSTÂNCIAS QUENTES | <input type="checkbox"/> OUTROS |

DETALHAR: _____

PARECER MÉDICO

PARTES DO CORPO ATINGIDAS:

- | | | | | | | |
|----------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|------------------------------|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> CABEÇA | <input type="checkbox"/> OLHO | <input type="checkbox"/> TÓRAX | <input type="checkbox"/> COSTAS | <input type="checkbox"/> MÃO | <input type="checkbox"/> MEMBRO SUPERIOR | |
| <input type="checkbox"/> PESCOÇO | <input type="checkbox"/> CORPO TODO | <input type="checkbox"/> ABDÔMEM | <input type="checkbox"/> COLUNA | <input type="checkbox"/> PÉ | <input type="checkbox"/> MEMBRO INFERIOR | <input type="checkbox"/> OUTRA |

DIAGNÓSTICO:

- | | | | | |
|--|----------------------------------|--|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> FCC | <input type="checkbox"/> ENTORSE | <input type="checkbox"/> AMPUTAÇÃO | <input type="checkbox"/> ESMAGAMENTO | <input type="checkbox"/> PERFURAÇÃO |
| <input type="checkbox"/> CONTUSÃO | <input type="checkbox"/> FRATURA | <input type="checkbox"/> DIST RESPIRATÓRIO | <input type="checkbox"/> LESÃO MEDULAR | <input type="checkbox"/> QUEIMADURA |
| <input type="checkbox"/> POLITRAUMATISMO | <input type="checkbox"/> TCE | <input type="checkbox"/> TRAUMA VISCERAL | <input type="checkbox"/> INFECÇÃO | <input type="checkbox"/> LER/DORT |

INTOXICAÇÃO/ ENVENENAMENTO

OUTROS

DETALHAR: _____

CLASSIFICAÇÃO INICIAL:

- LEVE
 MODERADO
 GRAVE
 FATAL

AFASTAMENTO PREVISTO:

- SEM AFASTAMENTO
 1 A 15 DIAS
 15 A 30 DIAS
 + DE 30 DIAS

_____ CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

This document was created with Win2PDF available at <http://www.win2pdf.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.
This page will not be added after purchasing Win2PDF.