



COMUNICADO DE ATEN

INFORMAÇÕES		
Unidade:		Empresa:
Nome:		Matrícula:
Data:		Função:
Local da Ocorrência:		Horário do Atendimento de Sa
Horário da Ocorrência:		Há restrição:
Houve Lesão:		Utilizado medicamento com r prescrição:
Parte do Corpo Atingida:		Lateralidade*:
Natureza da Lesão*:		Há Afastamento e/ou Interna
Duração provável do Tratamento/Internação/Af astamento*:		Liberado ao Trabalho:
DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE RELATADA E COM		
INFORMAÇÕES COMPLEMENTAR		
MÉDICO RESPONSÁVEL*		CONSELHO REGIONAL DE MED
CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇA - CID*:		
RESPONSÁVEL PELA COMUNICAÇÃO		
SUPERVISOR DE SAÚDE		DATA DA COMUNICAÇÃO
Notas		
Nota¹: este comunicado será arquivado em prontuário médico no serviço médico responsável pelo atendimento		
Nota²: a Segurança deverá responder este comunicado informando qual foi a classificação da ocorrência e a ocorrência.		
Nota³: *utilizar as informações complementares para abertura da CAT		

DIMENTO

saúde:	
retenção de receita e/ou	
ção*:	

CONSIDERAÇÕES

ES	
ODICINA - CRM e UF*	

ÃO	

ento.	
caso haja emissão de CAT, informar se foi emitida nas 24h após a	