

**COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE, DOENÇA E ÓBITO (C.A.D.O.)**

**PARA UN-Rio/SMS SERVIÇO DE SAÚDE EXTERNO**

UNIDADE DE SAÚDE

DATA

NOME

MAT/RG/CPF

NASCIMENTO

IDADE

SEXO

M

F

ESTADO CIVIL

CARGO

LOTAÇÃO

ENDEREÇO RESIDENCIAL

TELEFONE

EMPRESA

ACIDENTE

COM AFASTAMENTO

SEM AFASTAMENTO

AGRAVAMENTO

DOENÇA

OCUPACIONAL

NÃO OCUPACIONAL

ÓBITO

CID

CID

CID

CID

DATA DA OCORRÊNCIA

HORA

LOCAL DO ACIDENTE

DESEMBARQUE

S

N

DESCRIÇÃO DO ACIDENTE/DOENÇA

DIAGNÓSTICO PROVÁVEL



PROCEDIMENTO

TESTEMUNHA

MATRÍCULA/CPF

TESTEMUNHA

MATRÍCULA/CPF

TÉCNICO DE ENFERMAGEM

MÉDICO

COPLAT/RESPONSÁVEL

TÉCNICO DE SEGURANÇA

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

MATRÍCULA

MATRÍCULA

MATRÍCULA

MATRÍCULA

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------