PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO DAS NEVES

FORMULÁRIO PARA ABERTURA DE COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DO TRABALHO - CAT

DADOS DO ACIDENTADO

1-Nome:	2 - Matrícula:	3 – CPF:
3-Cargo / Função:	4-Grau de instrução	5 - Tel:
6- Secretaria:	7- Lotação de exercício:	8-Fone/Ramal:
9-Horário de trabalho:	10- Endereço (acidentado):	
12- Complemento:	13- Bairro:	14- Cidade

DADOS DO ACIDENTE OU DOENÇA

15 -Data do Acidente: / / 17- Hora: _____

18 – Acidente ocorreu no trajeto de casa para o trabalho ou do trabalho para casa?____( ) sim___( ) não
Se sim, qual o endereço onde ocorreu o acidente? _____

19 – Registro Policial (B.O)? Não ( ) Sim ( ) - Se sim, nº do B.O_____

19 - Local/setor do Acidente:	20 - Após quantos horas de trabalho:
21-Parte do corpo atingida: _____ Lateralidade:	22-Tipo da Lesão: (Perfuração, contusão, fratura, escoriações, etc.): _____
23- Lateralidade: Esquerda ( ) Direita ( ) N/A( )_____	

DESCRIÇÃO DO ACIDENTE

24- Descrição Sucinta do Acidente:

RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES

27 - Nome:	30-Matrícula:	31-CPF:
32 - CARGO:		33-LOCAL E DATA:
Assinatura/Carimbo:		

ATENDIMENTO MÉDICO

34 - Unidade de Atendimento:	35 - Data:	36 - Hora:
37 - Houve internação: ( ) Sim ( ) Não		38 - CID:
39 - Houve afastamento: ( ) sim ( ) não – ***É obrigatória a apresentação do atestado médico (no caso de o acidente gerar afastamento) OU relatório médico com CID (no caso de o acidente não gerar afastamento) – enviar cópia/foto do atestado médico ou relatório médico para o e-mail informado abaixo.***		
40 – Diagnóstico:		
41 – Nome do Médico:		
42 – CRM do médico:		

*OBS: Após o preenchimento, encaminhar para: sesmt.adm@ribeiraodasneves.mg.gov.br

Dúvidas: (31) 3625-5116 (ligação e Whatsapp)