



Prefeitura do Município de Bertioga

Estado de São Paulo

Estância Turística

(Anexo Único)



Prefeitura Municipal de Bertioga

Estado de São Paulo

Formulário de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT)

Tipo de CAT

- Inicial
 Reabertura
 Óbito

Emitente – Preenchimento pelo Superior Imediato (gestor (a))

Informações a respeito do acidentado (a)

Informe qual é a **Secretaria** e o **Local de Trabalho** do acidentado (a):

Informe o **endereço completo** do local de trabalho:

Informe o **nome** do acidentado (a):

Informe qual é o **cargo/função/ocupação** do acidentado (a):

Informe qual é o **registro funcional** do acidentado (a):

Informe qual é o **número telefônico** do acidentado (a):

Informações a respeito do acidente

Informe a **data** e o **horário** em que ocorreu o acidente: _____ às ____:____

Informe se o acidente ocorreu:

- a) no trajeto entre a residência e o trabalho (**acidente de trajeto**); ou
b) se ocorreu durante o exercício das atividades no trabalho (**acidente típico**)

Caso tenha ocorrido acidente de trajeto, informe:

Se o acidente ocorreu no **trajeto da residência para o trabalho**

Se o acidente ocorreu no **trajeto do trabalho para a residência** – Qual foi o horário em que o trabalhador saiu do serviço? ____:____

Informe qual foi o **regime de trabalho no dia do acidente**: Plantão Expediente administrativo

Informe qual é o **horário de trabalho** do trabalhador (a): entrada às ____:____ saída às ____:____

Informe o **endereço completo** do local onde ocorreu o acidente (rua, número, cidade e CEP):

Informe se houve o registro de **boletim de ocorrência**: Sim Não

Informe qual foi a **causa** (situação geradora) do acidente (ex.: veículo, piso, cobertura, buraco, mobiliário...):

Informe qual foi a parte do corpo atingida (se houver):

Se houver **testemunhas**, informe:

Nome:

Registro funcional (servidor (a)):

Endereço completo e contato telefônico:

Informe a qual **serviço médico** o acidentado (a) foi encaminhado:

Local e Data

Assinatura e carimbo da chefia imediata (gestor(a))

Informações que devem ser preenchidas SOMENTE por MÉDICO

Unidade de Atendimento Médico:

Data e Hora: _____ às ____:____

Descrição e natureza da lesão:

Diagnóstico provável – obrigatório CID:

Há compatibilidade entre o estágio evolutivo da lesão e a data do acidente declarada acima? Sim Não

Qual a duração provável do tratamento:

Qual é o regime de tratamento a que deverá se submeter

Hospitalar Ambulatorial

O acidentado foi hospitalizado na data de: _____

Local da hospitalização:

Deverá o acidentado, durante o tratamento, afastar-se do trabalho?

Sim – Período: _____ à _____ Não

Condições patológicas preexistentes ao acidente:

Há correlação entre a natureza e localização da lesão e o histórico do acidente que a teria provocado?