



INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA SOCIAL DOS SERVIDORES PÚBLICOS
DO MUNICÍPIO DE BERTIOGA - BERTPREV

Estado de São Paulo

COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO - [CAT]

EMITENTE	Local de Trabalho	Órgão público de lotação :			
		Endereço :			
		Município de Bertiooga		Estado de São Paulo	
	Acidentado	Nome do servidor :			
		Registro funcional :	Cargo :	Função :	
		Data do acidente :	Hora :	Após _____ horas de trabalho.	Data do afastamento :
	Acidente	Local do acidente :		Registro policial : () Sim () Não	Objeto causador:
		Nome :			
	Testemunhas	Endereço :			
		Nome :			
Endereço :					
Serviço médico a que foi encaminhado :					

Local e data

Assinatura da chefia imediata do servidor

LAUDO DE EXAME MÉDICO (preenchimento pelo médico atendente)	Apresentação do acidentado (instituição médica) :		Data : _____/_____/_____	Hora :
	Descrições da(s) lesão(ões) :		Diagnóstico provável - obrigatório o lançamento do(s) CID(s) :	
	Há compatibilidade entre o estágio evolutivo da(s) lesão(ões) e a data do acidente declarada acima ? () Sim () Não		Há correlação entre a natureza, grau e localização da lesão e o histórico do acidente que a teria provocado ? () Sim () Não	
	Regime de tratamento a que deverá se submeter () Hospitalar () Ambulatorial		Duração provável do tratamento : _____ dias.	
	O acidentado foi hospitalizado em : _____/_____/_____ Local de internamento : _____		Deverá o acidentado, durante o tratamento, afastar-se do trabalho? () Sim Período : _____/_____/_____ () Não à _____/_____/_____	
	CONDIÇÕES PATOLÓGICAS PREEXISTENTES AO ACIDENTE.		OBSERVAÇÕES :	
	_____		_____	
	Local e data		Médico Atendente (Assinatura, carimbo e CRM)	