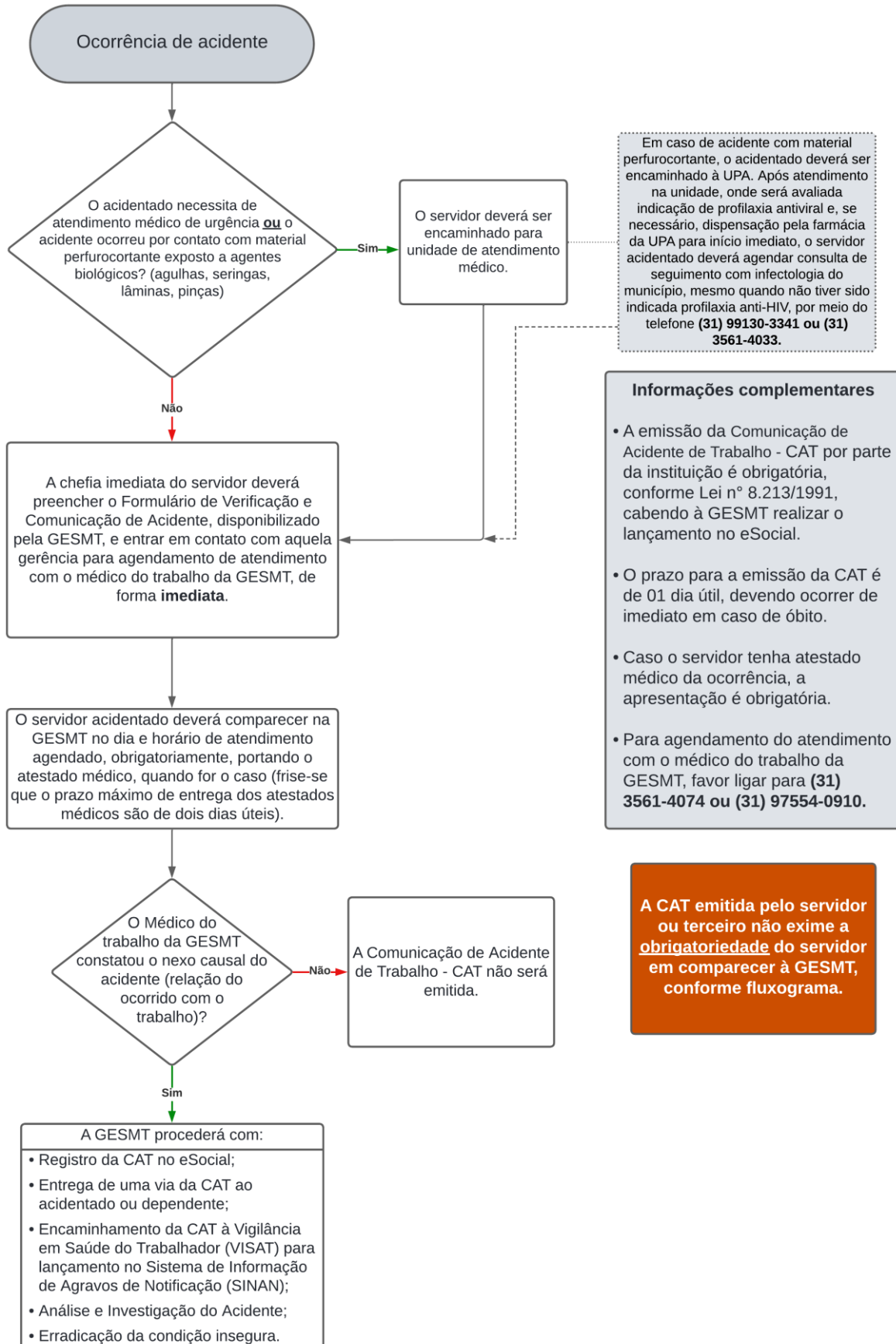




Data de elaboração: 27/08/2024

Versão: 1.0



 PREFEITURA ITABIRITO	Encaminhamento para verificação e comunicação de acidente	
Dados do Servidor		
Nome completo:		
CPF:	Secretaria:	
Setor/Unidade de Trabalho:		Telefone:
Dados do acidente		
Local:	Rua:	
Número:	Bairro:	CEP:
Hora:	Data:	
Último dia trabalhado antes do acidente:		
Quantidade de horas trabalhadas antes do acidente:		
Descrição sucinta do ocorrido:		
Membro/parte do corpo afetada:	Lateralidade (esquerda/direita):	
Tipo do acidente: (☐) Típico (☐) Trajeto (que acontece no trajeto residência-trabalho, ou vice-versa)		
Houve boletim de ocorrência? (☐) Não (☐) Sim		
Houve afastamento? (☐) Não (☐) Sim, quantos dias? _____ dias.		
Este formulário deverá ser enviado à Gerência de Segurança e Medicina do Trabalho (GESMT) ou entregue pelo servidor no ato da consulta médica junto ao Médico do Trabalho da GESMT, para que, posteriormente, caso constatado nexa causal, seja providenciada a abertura da Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) pela GESMT, conforme orientado pelo Art. nº 177, do Estatuto dos Servidores Municipais de Itabirito-MG. Ademais, caso o servidor possua Atestado Médico de afastamento, este também deverá ser entregue.		
O agendamento do atendimento médico junto à GESMT deve ser realizado de imediato. Vale ressaltar que o prazo para abertura da CAT é de 01 dia útil, em caso de acidente de trabalho, e imediato, em caso de óbito, nos termos da Lei nº 8.213/1991. Para agendamento do atendimento junto à GESMT, favor ligar para o número (31) 3561-4074.		
Nome da Chefia Imediata:		
Matrícula:	Cargo:	
____/____/____ Data	_____ Assinatura da Chefia Imediata	