



**PREFEITURA MUNICIPAL DE ALVORADA
SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO**

Processo nº: _____/____

Fl. nº: _____

Nome/Rubrica: _____

COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO – CAT

TIPO DE CAT:	<input type="checkbox"/> 1 - INICIAL	<input type="checkbox"/> 2 - REABERTURA	<input type="checkbox"/> 3 - ÓBITO
---------------------	--------------------------------------	---	------------------------------------

Nome do servidor:		Data Nasc.:	Sexo:	Estado Civil:
Nome da mãe:		Escolaridade:	Raça/cor:	Idade:
Endereço Residencial:		Nº:	Bairro:	Município:
Secretaria:	Setor:	Data de Admissão:	Função:	Tempo função:
Data do Acidente:	Hora:	Parte(s) do corpo atingida(s):	Agente Causador:	

SETOR MÉDICO:

Lesão descrita em boletim ou laudo médico:

Procedimentos médicos a que foi submetido:

Data do atendimento:	Horário:	Serviço médico do 1º atendimento:
----------------------	----------	-----------------------------------

Parecer do Médico do Trabalho:

() Não afastado	Visto do Médico do Trabalho:
() Afastado por ____ dias a contar de ____/____/____	
() Reencaminhado em ____/____/____ Alta ____/____/____	

SUPERVISOR RESPONSÁVEL PELO SETOR:

Nome:	Assinatura:
-------	-------------

SERVIDOR:

Nome:	Assinatura:
-------	-------------

Descrição da situação geradora do acidente ou doença:

TESTEMUNHAS:

Nome:	Assinatura:
-------	-------------

Nome:	Assinatura:
-------	-------------

OBSERVAÇÕES: