



PREFEITURA MUNICIPAL DE CABO FRIO

Região dos Lagos
Estado do Rio de Janeiro

CAT- COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO

Este campo deverá ser preenchido obrigatoriamente pela chefia imediata, observando as informações contidas no verso do BIM.

SERVIDOR(A): _____

DATA DE ADMISSÃO: _____ CARGO: _____

SECRETARIA: _____ LOCAL DE TRABALHO: _____

CARTEIRA DE IDENTIDADE: _____ CPF: _____

TEL/TRABALHO: _____ TEL/CONTATO: _____

DATA DO ACIDENTE : ____ / ____ / ____ HORA DO ACIDENTE: _____ APÓS QUANTAS HORAS DE
TRABALHO: _____ HOUVE AFASTAMENTO: () SIM () NÃO ÚLTIMO DIA TRABALHADO: _____

LOCAL DO ACIDENTE: _____

ESPECIFICAÇÃO DO LOCAL DO ACIDENTE: _____

UF: ____ MUNICÍPIO DO LOCAL DO ACIDENTE: _____ PARTE DO CORPO ATINGIDA: _____

AGENTE CAUSADOR: _____ HOUVE REGISTRO POLICIAL () SIM () NÃO HOUVE MORTE: () SIM () NÃO

DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO GERADORA DO ACIDENTE OU DOENÇA: _____

TESTEMUNHA: _____ ENDEREÇO: _____

BAIRRO: _____ MUNICÍPIO: _____ UF: ____ TELEFONE: _____

TESTEMUNHA: _____ ENDEREÇO: _____

BAIRRO: _____ MUNICÍPIO: _____ UF: ____ TELEFONE: _____

DATA: ____ / ____ / ____

ASSINATURA E CARIMBO DA CHEFIA

ATESTADO MÉDICO (Deve ser preenchido por profissional médico)

ATENDIMENTO

UNIDADE DE ATENDIMENTO MÉDICO: _____ DATA: _____ HORA: _____

HOUVE INTERNAÇÃO: _____ DURAÇÃO PROVÁVEL DO TRATAMENTO: _____

DEVERÁ O ACIDENTADO SE AFASTAR DO TRABALHO DURANTE O TRATAMENTO: _____

DESCRIÇÃO DA LESÃO: _____

DIAGNOSTICO PROVÁVEL: _____ CID: _____

OBSERVAÇÕES: _____

DATA: ____ / ____ / ____

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO E CRM

ANOTADO NA FOLHA DE PONTO NO MÊS DE _____ E LANÇADO NA RELAÇÃO DE FREQUÊNCIA.

O SERVIDOR FOI CIENTIFICADO DO TEOR DO PRESENTE BIM.

EM, ____ / ____ / 20 ____

Agente de Ponto