|  |  |
| --- | --- |
| Emitente | Empregador |

**TIPO DE CAT (marque com um X)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Inicial |  |  | Reabertura |  |  | Comunicação de óbito |  |

**TIPO DE ACIDENTE (marque com um X)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Típico |  |  | Doença |  |  | Trajeto |  |

**I - EMITENTE**

**EMPREGADOR**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Razão Social / Nome | Prefeitura Municipal de Santos | CNPJ | 58.200.015/0001-83 |
| CNAE | 8411-6/00 |
| Endereço (completo) | Praça Maua, s/nº | Bairro | Centro |
| CEP: | 11010-400 | Município / Estado | Santos - SP |
| Nome da Unid./Secret. |  | Tel. Unidade |  |

**ACIDENTADO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nome |  | Registro funcional |  |
| Data de nascimento |  | Sexo |  |
| Estado Civil |  |  |  |
| Nº do RG. |  | Data Emissão |  |
| Nº do CPF. |  | Função Atual |  |
| Endereço (completo) |  |
| Bairro |  | CEP: |  |
| Município |  | Estado |  |
| Telefone |  | Área - local de trabalho | Urbano ( ) ou Rural ( ) |

**ACIDENTE OU DOENÇA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Data do acidente |  | Hora do acidente |  |
| Após quantas horas de trabalho? |  | Houve afastamento? | Sim ( ) ou Não ( ) |
| Último dia trabalhado? |  | Local do acidente |  |
| Município do local do acidente |  | Estado |  |
| Especif. do local do acidente |  |
| Partes(s) do corpo atingidas |  |
| Agente causador |  |
| Descrição da situação geradora do acidente oudoença |  |
| Houve registro policial? | Sim ( ) ou Não ( ) |
| Atendimento médico |  |

**TESTEMUNHAS**

|  |  |
| --- | --- |
| Nome |  |
| Endereço (completo) |  | Bairro |  |
| CEP: |  | Município |  |
| Estado |  | Telefone |  |
| Nome |  |
| Endereço (completo) |  | Bairro |  |
| CEP: |  | Município |  |
| Estado |  | Telefone |  |

# - ATESTADO MÉDICO

ATENDIMENTO

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Unidade de atendimento médico |  |  | Data do atendimento |  |
| Hora do atendimento |  |  | Houve internação? | Sim ( ) ou Não ( ) |
| Duração (dias) que o médico/dentista colocou no atestado médico |  |  | Deverá o acidentado afastar-se do trabalho durante o tratamento? | Sim ( ) ou Não ( ) |

**LESÃO**

|  |  |
| --- | --- |
| Descrição complementar (se houver) |  |

**DIAGNÓSTICO**

|  |  |
| --- | --- |
| Diagnóstico provável (se houver) |  |
| CID |  |
| Nome do médico/ dentista que emitiu o atestado |  |
| Órgão de classe | ( ) Conselho Regional de Medicina - CRM |
| ( ) Conselho Regional de Odontologia - CRO |
| ( ) Registro do Ministério da Saúde - RMS |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Local e data Assinatura do servidor/ empregado público

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do Diretor