Prezados,

Segue orientações para abertura da CAT em caso de acidente de trabalho dos servidores do Município de Carapicuíba:

Acidente Típico: Dentro das unidades e/ou a serviço

O servidor deverá procurar atendimento médico e solicitar atestado, declaração e/ou relatório médico com CID e CRM.

Deve solicitar à Chefia Imediata, que preencha o formulário interno de acidente do trabalho assinada pela própria chefia que relate com detalhes o ocorrido com esses dados:

Data e horário do acidente, local específico, horário e unidade de atendimento médico, local da lesão, tipo de lesão, material/objeto/situação que ocasionou o acidente, nome do acidentado, matrícula e se houve afastamento (em dias).

Desse modo, será feita avaliação quanto ao enquadramento para abertura da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) pelo SESMT.

Acidente de Trajeto: No percurso da residência para o trabalho ou deste para aquela.

O servidor deverá procurar atendimento médico e solicitar atestado, declaração e/ou relatório médico com CID e CRM.

Fazer boletim de ocorrência do acidente, informar á chefia imediata do ocorrido que deverá preencher o formulário interno de acidente de trabalho que relate com detalhes o ocorrido com esses dados:

Data e horário do acidente, local específico, horário e unidade de atendimento médico, local da lesão, tipo de lesão, material/objeto/situação que ocasionou o acidente, nome do acidentado, matrícula e se houve afastamento (em dias).

Desse modo, será feita avaliação quanto ao enquadramento para abertura da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) pelo SESMT.

Obs. Conforme Norma da previdência, o comunicado deve ser enviado no 1° dia útil após o acidente, pedimos que as informações sejam enviadas a tempo para que possamos cumprir este prazo.

Estamos à disposição,

Lourival Bezerra Vanderlei Filho
TST-SESMT

PREFEITURA DE CARAPICUÍBA

CIDADE DE CARAPICUÍBA

SERVIÇO ESPECIALIZADO EM ENGENHARIA DE SEGURANÇA E MEDICINA DO TRABALHO (SESMT)

FORMULÁRIO DE COMUNICADO E ANÁLISE DE ACIDENTE DE TRABALHO

EM CUMPRIMENTO DOART. 22 da Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991.

NOME:		**DATA ADMISSÃO:**
FUNÇÃO:		**MATRÍCULA:**
SEXO:	**DATA NASCIMENTO:**	**RG/CPF:**

SECRETARIA / LOCAL DE TRABALHO	**HORÁRIO DE TRABALHO:** ___ Ás ___ ☐ **Todos os dias** ☐ **Escala** **HORAS TRABALHADAS NO DIA DO ACIDENTE:** _____ **h**

TIPO DE ACIDENTE

1 - ☐ Acidente Típico com Afastamento
2 - ☐ Acidente Atípico de Trajeto com Afastamento
3 - ☐ Acidente Típico sem Afastamento
4 - ☐ Acidente Atípico de Trajeto sem Afastamento

DADOS DO ACIDENTE

Data: **Horário do acidente:**

Especificação do Local do acidente:

Descrição do ocorrido:

Parte do corpo atingida: **Lateralidade:** esquerdo☐ direito ☐ Ambas ☐

TIPO DA LESÃO

☐ESCORIAÇÃO☐CONTUSÃO☐TORÇÃO ☐TRAUMA☐ CORTE☐ PERFURAÇÃO ☐LUXAÇÃO☐FRATURA

☐ESCORIAÇÃO☐INTOXICAÇÃO E/OU ENVENENAMENTO☐ QUEIMADUR ☐ÓBITO ☐ OUTROS: _____

AGENTES DA LESÃO

☐ Piso, Escada, Rampa ou Buraco
☐ Porta e/ou Portão
☐ Ferramentas Manuais
☐ Ferramentas Elétricas e/ou Pneumáticas
☐ Facas e Outros Utensílios Domésticos
☐ Peças Caixas e Outros Objetos
☐ Cadeiras, Bancos, Estantes e Outros Móveis
☐ Poeiras, Gases, Vapores, Névoas, Fumos, Etc
☐ Queda de Mesmo Nível
☐ Queda de Diferente Nível
☐ Colisão Entre Veículos Motorizados
☐ Outros Químicos
☐ Máquinas e/ou Motores Elétricos
☐ Esforço Físico Excessivo ou Incorreto
☐ Material Perfurocortante
☐ Produto Químico e/ou Inflamável
☐ Radiação Ionizante e/ou não Ionizante
☐ OUTROS: _____

ATENDIMENTO MÉDICO

Data: Horário: CID:

Unidade do primeiro atendimento médico:

Houve afastamento?

☐ Sim. Dias: ☐ Não.

*Favor anexar documento médico/atestado médico/ficha de atendimento médico que contenha CID ou informação que descreva o acidente do trabalho e assinatura legível com CRM

Data: ____ **de** _____ **de** _____

_____

Chefia imediata do servidor