

CAT – COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO

Data da ocorrência: ___/___/___ Tipo de CAT: () Inicial () Reabertura () Comunicação de óbito
Tipo: () Típico () Doença () Trajeto

1 - IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR

Nome:		Data de nascimento: ___/___/___
RG:	Secretaria:	CPF:
Matrícula do servidor(a)		
Filiação: Pai: _____ Mãe: _____		
Endereço do servidor:		
Cargo ou função:		
Local de trabalho:		
Estado Civil:		Sexo: () M () F

2 - INFORMAÇÕES DO ACIDENTE

Data do acidente: ___ / ___ / ___	Hora do acidente: ___ : ___	Horas trabalhadas: ___ : ___
Local do acidente:		
Descrição do acidente: _____ _____ _____ _____		

Declaro que nada omiti em relação ao estado de saúde, sendo completas e verdadeiras as informações prestadas assumindo total responsabilidade por elas.

Rio Verde, ___/___/___

Assinatura do(a) servidor(a)

3 - TESTEMUNHAS

1. Nome:

Fonte: Serviço Social do IPARV - vyosilva



Data de nascimento:		Nº Telefones:
Endereço:		
	_____ Assinatura	
Local e Data		

2. Nome:

Data de nascimento:	Nº Telefones:
Endereço:	
	_____ Assinatura
Local e Data	

4 - ATESTADO MÉDICO

Houve afastamento médico? () sim () não Quantidade de dias:	Unidade de atendimento:
Parte do corpo:	Agente Causador:
Data do atendimento: / /	Hora do atendimento: ____ : ____
Médico que atendeu o servidor(a)	
Nº do CRM:	
Houve registro policial? () sim () não	Óbito? () sim () não Data:
(Deve ser preenchido por profissional médico)	
Diagnóstico provável:	CID:
Local e Data	Assinatura e carimbo do médico c/nºCRM

Fonte: Serviço Social do IPARV - vyosilva

5 – IPARV – Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores Municipais de Rio verde

Recebido em: ____/____/____

Assinatura do servidor(a) do IPARV

A COMUNICAÇÃO DO ACIDENTE É OBRIGATÓRIA, MESMO NO CASO EM QUE NÃO HAJA AFASTAMENTO DO TRABALHO.

LEI N. 4.691/2003

**(Dispõe sobre a previdência social dos servidores do Município de Rio Verde)
A CÂMARA MUNICIPAL DE RIO VERDE-GO APROVA E EU SANCIONO A
SEGUINTE LEI:**

Art. 23 - Considera-se acidente de trabalho aquele que acarrete dano físico ou mental e que tenha relação mediata ou imediata com o exercício do cargo, inclusive o: **I** - sofrido pelo servidor no percurso da residência ao trabalho e vice versa;

II - decorrente de agressão física sofrida no exercício do cargo, salvo se provocada pelo servidor;

III - na execução de ordens, mesmo que fora do local e horário de trabalho.

Parágrafo Único - A comprovação do acidente deverá ser feito em processo administrativo regular, dirigido pelo ente responsável pelo servidor, no prazo de 08 (oito) horas, salvo motivo de força maior, e remetido ao IPARV, que poderá acolher ou rejeitar a decisão, ou ainda, solicitar diligências para a melhor elucidação dos fatos.

Art. 39 - Para a comprovação da doença ou acidente será indispensável a inspeção médica realizada por médico do IPARV.

§ 1º - A inspeção médica oficial poderá ser efetivada, caso as circunstâncias o exigirem, no local onde se encontrar o funcionário.

§ 2º - Admitir-se-á, excepcionalmente, atestado médico particular, com firma reconhecida, se não for possível realizar desde logo a perícia por médico do IPARV.

§ 3º - O atestado médico de que trata o Parágrafo anterior deverá ser homologado por médico oficial do IPARV.



Ocorrência	Tipos de CAT:
a) acidente do trabalho, típico ou de trajeto, ou doença profissional ou do trabalho, já comunicado	CAT inicial;
b) reinício de tratamento ou afastamento por agravamento de doença profissional ou do trabalho, já comunicado	CAT reabertura;
c) falecimento decorrente de acidente ou doença profissional ou do trabalho, já comunicado	CAT comunicação de óbito.