



## ANEXO III

FICHA DE REGISTRO DE ACIDENTE DE TRABALHO  
Prefeitura Municipal de Cruzeiro - Estado de São Paulo

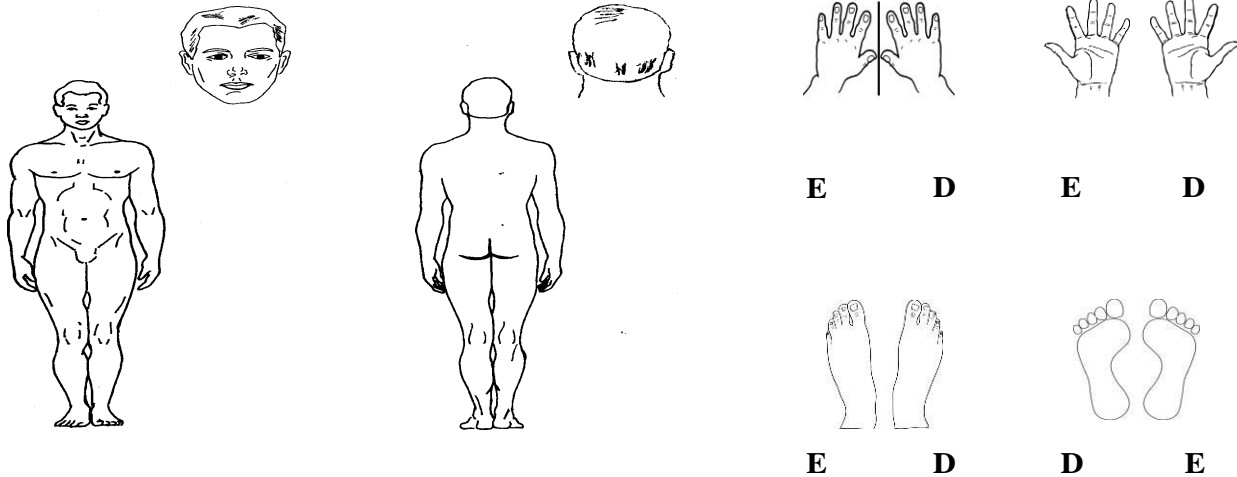
1. TIPO: ( ) Inicial / ( ) Reabertura		2. ( ) Doença / ( ) Acidente de Trabalho		3. Data de Registro: / /	
4. CATEGORIA FUNCIONAL DO SERVIDOR: ( ) Estatutário / ( ) Servidor Temporário					
5. ( ) TÍPICO ( ) TRAJETO		6. Servidor:			7. Matrícula:
		8. Nascimento: / / CPF:		9. Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino	
10. Endereço:					
11. Cartão do SUS:			12. Estado Civil:		
13. Cargo:		14. Secretaria / Setor:		15. Telefone:	
16. Houve Lesão? ( ) Sim ( ) Não			17. Houve Morte? ( ) Sim ( ) Não		
18. Data do Acidente: ___/___/___ Dia da Semana: _____		19. Hora Acidente: ___:___h(s)		20. Houve Afastamento do Trabalho? ( ) Não ( ) Sim: _____ dias	
21. Horário de Entrada: _____ Horas Trabalhadas: _____		22. Horas Extras: ( ) Sim ( ) Não	23. Último dia trabalhado: / /		24. Boletim de Ocorrência? ( ) Sim ( ) Não
25. Local Exato do Acidente (Especificação):					
26. Preencher em caso de Acidente de Trajeto. O acidente ocorreu no percurso: ( ) da residência para o trabalho. ( ) do trabalho para sua residência. ( ) de ida para o local da refeição em intervalo de trabalho. ( ) de volta do local de refeição em intervalo de trabalho.  ( ) outro: _____.					
27. Houve Remoção por Serviço Especializado de Urgência (S.A.M.U./Bombeiros/Outros)? ( ) Sim ( ) Não			28. Data da Remoção: / /		29. Horário da Remoção: : h(s)
30. Local de Assistência Médica do Servidor (a) Especificar Hospital/Pronto Socorro/Posto de Saúde:				31. Data e Horário do Atendimento: / / : h(s)	
32. DESCRIÇÃO DETALHADA DO ACIDENTE:  _____  _____  _____					
Data do preenchimento: ___/___/___ Assinatura, Carimbo e Nº. de Matrícula: _____					
33. Testemunha 1: _____		RG: _____		Telefone: _____	
Testemunha 2: _____		RG: _____		Telefone: _____	



**ANEXO III**  
**FICHA DE REGISTRO DE ACIDENTE DE TRABALHO**  
**Prefeitura Municipal de Cruzeiro - Estado de São Paulo**



**34. ASSINALE NO DESENHO AS PARTES A FETADAS**



**35. INFORMAÇÕES MÉDICAS DO ATENDIMENTO**

**REGIÃO DO CORPO ATINGIDA E LATERALIDADE (Esquerda / Direita / Partes Múltiplas):**

**DIAGNÓSTICO DA LESÃO:**

**CID:** \_\_\_\_\_

**Data:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_      **Médico:** \_\_\_\_\_      **CRM (UF):** \_\_\_\_\_

**\*36. PARECER DA SEGURANÇA DO TRABALHO – ANÁLISE DO ACIDENTE (NÃO PREENCHER)**

**Local e Data:**

**Ass. e Carimbo do Resp. pelas Informações:**

**Para a caracterização do acidente de trabalho é imprescindível:**

- A) A Caracterização detalhada do acidente, local, hora e circunstâncias do ocorrido e do atendimento;
- B) Apresentação de B.O no caso de acidente de trajeto e Identificação e assinatura de testemunha do ocorrido;
- C) O Atestado médico contendo, assinatura, nome, número do CRM do medico, dias de afastamento e CID;
- D) Apresentação de Prontuários de Atendimento médico e ou resultados de exames como documentação complementar.
- E) Todas as informações deverão ser entregues no prazo de até o primeiro dia útil seguinte da ocorrência, o não cumprimento do prazo acarretará na impossibilidade da emissão da CAT por parte da empresa.

A documentação poderá ser entregue no setor de Relações Humanas da Prefeitura de Cruzeiro (Rua Coronel José de Castro, 540), ou através do e-mail [sesmt@cruzeiro.sp.gov.br](mailto:sesmt@cruzeiro.sp.gov.br)