

A SER PREENCHIDA EM APENAS 1 (uma) VIA

Nome do acidentado			Matrícula	Telefone
Endereço (Logradouro, Nº, Complemento)			e-Mail	
Data de nascimento	Idade	Estado Civil	Data de Admissão	Regime <input type="checkbox"/> Estatutário <input type="checkbox"/> CLT
Cargo/Função			Horário de trabalho	Secretaria
Data do acidente	Hora do Acidente	Local de Trabalho		Data do Afastamento
Houve Registro Policial?	Tipo da CIAT <input type="checkbox"/> Abertura <input type="checkbox"/> Reabertura		Local da ocorrência (Rua, Avenida, Ambiente Interno da unidade, etc)	
Atividade realizada no momento do acidente				
Descrição do acidente				
Nome da Testemunha - 1			Nome da Testemunha - 2	
Telefone			Telefone	
Endereço (Rua, nº, Bairro, Cidade)			Endereço (Rua, nº, Bairro, Cidade)	
Primeiro atendimento:				
Estatutário <u>Optante</u> pelo convênio FUNSERV			<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Houve afastamento imediato das atividades?			<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Encaminhamento para o primeiro atendimento			Data: _____	Hora: _____
Data de Preenchimento	Carimbo e assinatura do Superior imediato / mediato			
Nome do Técnico em Segurança do Trabalho avaliador (MTE/UF)				

Nota 1: As informações desta CIAT serão analisadas pela Seção de Segurança do Trabalho e Saúde Ocupacional para a caracterização do acidente de trabalho.

Nota 2: Todo o processo “1º atendimento externo, Preenchimento da CIAT, atendimento médico no Ambulatório de Saúde Ocupacional e Abertura da CAT” deve ser realizado até o 1º dia útil da ocorrência.

INFORMAÇÃO DO MÉDICO DO TRABALHO DA PREFEITURA DE SOROCABA (ATENÇÃO: Campo de preenchimento exclusivo da SSO - Seção de Saúde Ocupacional / SERH)				
1 - Descrição da(s) Lesão(ões)		2 - Diagnóstico provável		
3 – Há correlação entre a lesão e o risco associado à atividade exercida pelo servidor? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Equiparado		4 – Há correlação entre a natureza, grau e localização da(s) lesão(ões) e o histórico do acidente que a(s) teria provocado? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
5 – Regime de tratamento a que deverá submeter-se o acidentado? <input type="checkbox"/> Hospitalar <input type="checkbox"/> Ambulatorial <input type="checkbox"/> Não se aplica		6 – Deverá o acidentado, durante o tratamento afastar-se do trabalho? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
7 – Duração Provável do Afastamento	8- CID	Localidade	Data	
9 – Condições patológicas pré-existentes ao acidente		Nome do Médico do Trabalho de Atendimento / CRM/UF)		
Houve incapacidade para o trabalho <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> INCIDENTE				