



**PREFEITURA MUNICIPAL DE RONDONÓPOLIS**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE GESTÃO DE PESSOAS**  
Departamento de Saúde Ocupacional e Perícia Médica - DESOPEM

**FORMULÁRIO DE NOTIFICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO – COVID-19**

**DADOS PESSOAIS DO ACIDENTADO**

Nome:		Sexo ( ) M ( ) F	
Nome da Mãe:			
Data de Nasc:	Estado Civil:	Telefone:	
RG:	Org. Expedidor:	Data de Emissão:	
CPF:			
End. Resid:	Nº	Bairro:	

**DADOS FUNCIONAIS DO ACIDENTADO**

Matrícula:	Vínculo:	Cargo:
Horário de Trabalho:	Carga Horária:	
Secretaria:	Lotação:	
End. do Local de Trabalho:		

**DADOS DO ACIDENTE**

Data do afastamento:	Data dos primeiros sintomas:
Teve mais servidores no setor do seu trabalho que testaram positivo para Covid-19: Sim ( ) Não ( ).	
Se sim, este servidor teve Covid-19 antes ou depois de você? Antes ( ) Depois ( )	
Alguém de sua família/residência já teve COVID-19? Sim ( ) Não ( ), Quem:	
Especifique o local do seu trabalho (departamento, núcleo, recepção, sala, etc.):	
Observações:	

**DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA REGISTRO DA CAT**

1. Formulário de Notificação de Acidente de Trabalho para o COVID-19;
2. Atestado/Relatório Médico (constando data, horário e CID);
3. Exame Laboratorial Positivo para o COVID-19;
4. Cópia da folha ponto do mês do ocorrido (assinado pelo servidor, carimbada e assinada pelo chefe imediato).

**OBSERVAÇÕES IMPORTANTES**

1. É obrigatório o preenchimento de todos os campos do Formulário de Notificação de Acidente de Trabalho

**ASSINATURA**

Rondonópolis/MT \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

**Assinatura do Servidor Acidentado ou Responsável**