



1 GESTÃO			
1 - UNIDADE DE LOTAÇÃO		2 - TELEFONE	
2 DADOS DO(A) TRABALHADOR(A)			
3 - NOME		4 - CPF	
5 - NOME SOCIAL (CONFORME LEGISLAÇÃO VIGENTE QUE DISPÕE SOBRE O USO DE NOME SOCIAL DE PESSOAS TRAVESTIS E TRANSEXUAIS)		6 - ESTADO CIVIL	
7 - ÚLTIMO DIA TRABALHADO	8 - REGISTRO (RG / BM / MATRÍCULA)	9 - CARGO / FUNÇÃO	
10 - HORÁRIO DE TRABALHO	11 - DATA DE NASCIMENTO	12 - SEXO <input type="checkbox"/> FEMININO <input type="checkbox"/> MASCULINO	13 - TELEFONE
14 - ENDEREÇO (RUA / AV. / N.º / COMPLEMENTO / BAIRRO / CIDADE / UF)			
15 - VÍNCULO: <input type="checkbox"/> ESTATUTÁRIO <input type="checkbox"/> CELETISTA <input type="checkbox"/> CONTRATADO <input type="checkbox"/> ESTAGIÁRIO <input type="checkbox"/> TERCEIRIZADO <input type="checkbox"/> MUNICIPALIZADO (INFORME ÓRGÃO DE ORIGEM):			16 - PARTE DO CORPO ATINGIDA
3 DADOS DA OCORRÊNCIA			
17 - DATA	18 - HORÁRIO	19 - LOCAL	
20 - DESCRIÇÃO DETALHADA DA OCORRÊNCIA			
21 - DANO / PERDA MATERIAL			
4 TESTEMUNHAS (SE HOUVER)			
22 - NOME		23 - TELEFONE	
24 - ENDEREÇO (RUA / AV. / N.º / COMPLEMENTO / BAIRRO / CIDADE / UF)			
25 - NOME		26 - TELEFONE	
27 - ENDEREÇO (RUA / AV. / N.º / COMPLEMENTO / BAIRRO / CIDADE / UF)			
5 ATENDIMENTO MÉDICO			
28 - HOUE ATENDIMENTO MÉDICO: <input type="checkbox"/> SIM (ANEXAR O ATESTADO MÉDICO) <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> TRABALHADOR(A) RECUSOU ATENDIMENTO MÉDICO			
6 REGISTRO POLICIAL			
29 - HOUE REGISTRO POLICIAL: <input type="checkbox"/> SIM (ANEXAR O REGISTRO) <input type="checkbox"/> NÃO			
7 OBSERVAÇÕES			
8 EMITENTE			
LOCAL / DATA	ASSINATURA E CARIMBO DO(A) EMITENTE		
1 - A INEXATIDÃO DAS DECLARAÇÕES DESTES REGISTROS IMPLICARÁ NAS SANÇÕES PREVISTAS NOS ARTS. 171 E 299 DO CÓDIGO PENAL; 2 - HAVENDO VÍTIMA, ESTE REGISTRO DEVERÁ SER FEITO ATÉ O 1º DIA ÚTIL APÓS A OCORRÊNCIA; 3 - HAVENDO ATENDIMENTO MÉDICO, O(A) SUPERIOR HIERÁRQUICO(A) DEVERÁ EMITIR A CAT - COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DO TRABALHO, PARA OS VÍNCULOS ESTATUTÁRIO / CELETISTA E CONTRATO. PARA OS VÍNCULOS TERCEIRIZADO / MUNICIPALIZADO A CAT DEVERÁ SER EMITIDA PELO ÓRGÃO DE ORIGEM, NÃO SE APLICANDO AO VÍNCULO DE ESTÁGIO. 4 - ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER PREENCHIDO EM VIRTUDE DE QUALQUER OCORRÊNCIA NÃO PROGRAMADA, INESPERADA OU NÃO, QUE INTERFERA OU INTERROMPA O PROCESSO NORMAL DE UMA ATIVIDADE, TRAZENDO COMO CONSEQUÊNCIA ISOLADA OU SIMULTANEAMENTE PERDA DE TEMPO, DANO MATERIAL OU LESÃO AO HOMEM, NOS SEGUINTE CASOS: - OCORRÊNCIA EM QUE NÃO HOUE A NECESSIDADE DE ATENDIMENTO MÉDICO; - NOS CASOS EM QUE O(A) ACIDENTADO(A) (CELETISTA, ESTATUTÁRIO(A), CONTRATADO(A)) RECUSAR-SE A RECEBER ATENDIMENTO MÉDICO OU; - NOS CASOS DE OCORRÊNCIA NO TRABALHO COM TRABALHADOR(A) MUNICIPALIZADO(A), TERCEIRIZADO(A) E ESTAGIÁRIO(A). 5 - NOS CASOS DE OCORRÊNCIA NO TRABALHO COM TRABALHADOR(A) MUNICIPALIZADO(A), TERCEIRIZADO(A) E ESTAGIÁRIO(A) O REGISTRO DEVERÁ SER FEITO MESMO HAVENDO ATENDIMENTO MÉDICO.			
9 CIÊNCIA DO(A) TRABALHADOR(A)			
LOCAL / DATA	ASSINATURA E REGISTRO DO(A) TRABALHADOR(A) (RG / BM / MATRÍCULA)		

## **ORIENTAÇÕES DE PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO**

**A COMUNICAÇÃO, OS CONCEITOS E A CARACTERIZAÇÃO DO ACIDENTE DE TRABALHO SÃO REGIDOS PELO DECRETO MUNICIPAL N.º 16.977/2018.**

1- REGISTRO DE OCORRÊNCIA RELACIONADA À SEGURANÇA NO TRABALHO – ROSEG DEVERÁ SER EMITIDO PARA TODA OCORRÊNCIA QUE:

- a) HOUVER ACIDENTES NO TRABALHO;
- b) SEMPRE QUE HOUVER A OCORRÊNCIA COM POTENCIAL DE OCASIONAR LESÃO / PERTURBAÇÃO FUNCIONAL E / OU PERDA MATERIAL.

2- AS DATAS INFORMADAS DEVERÃO SER COMPLETAS, CONTENDO O ANO COM QUATRO DÍGITOS (EX.: 15/12/1999) E A HORA COM QUATRO DÍGITOS (EX. 10:45). TELEFONE, QUANDO HOUVER, INFORMAR INCLUSIVE DDD (EX.: (31) 97777-7777);

### **INFORMAÇÕES RELATIVAS À GESTÃO**

**CAMPO 01. UNIDADE DE LOTAÇÃO** - INFORMAR A UNIDADE ONDE O(A) TRABALHADOR(A) ESTÁ LOTADO(A).

**CAMPO 02. TEL.** - INFORMAR TELEFONE DE CONTATO DA UNIDADE DE LOTAÇÃO DO(A) TRABALHADOR(A).

### **INFORMAÇÕES RELATIVAS AO(À) TRABALHADOR(A) (NÃO HAVENDO VÍTIMA, ANULAR ESTE CAMPO)**

**CAMPO 03. NOME** - INFORMAR O NOME COMPLETO DO(A) TRABALHADOR(A), SEM ABREVIATURAS.

**CAMPO 04. CPF** – INFORMAR O CPF DO(A) TRABALHADOR(A).

**CAMPO 05. NOME SOCIAL** – INFORMAR O NOME SOCIAL DO(A) TRABALHADOR(A) CONFORME LEGISLAÇÃO VIGENTE QUE DISPÕE SOBRE O USO DE NOME SOCIAL DE PESSOAS TRAVESTIS E TRANSEXUAIS.

**CAMPO 06. ESTADO CIVIL** – INFORMAR O ESTADO CIVIL DO(A) TRABALHADOR(A).

**CAMPO 07. ÚLTIMO DIA TRABALHADO** - INFORMAR O ÚLTIMO DIA TRABALHADO, INCLUIR O DIA DA OCORRÊNCIA CASO ESTE TENHA OCORRIDO APÓS INÍCIO DAS ATIVIDADES LABORAIS MESMO NÃO TENDO CUMPRIDO TODA A JORNADA DE TRABALHO.

**CAMPO 08. REGISTRO (RG / BM / MATRÍCULA)** - INFORMAR Nº DE REGISTRO DO(A) TRABALHADOR(A). NA AUSÊNCIA DESTES INFORMAR Nº DO RG.

**CAMPO 09. CARGO E FUNÇÃO** - INFORMAR NOME DO CARGO E DA FUNÇÃO DO(A) TRABALHADOR(A).

**CAMPO 10. HORÁRIO DE TRABALHO** - INFORMAR HORÁRIO REAL DE TRABALHO.

**CAMPO 11. DATA DE NASCIMENTO** - INFORMAR A DATA COMPLETA DE NASCIMENTO DO(A) TRABALHADOR(A).

**CAMPO 12. SEXO** - MARCAR COM UM X O CAMPO CORRESPONDENTE AO SEXO DO(A) TRABALHADOR(A).

**CAMPO 13. TELEFONE** - INFORMAR TELEFONE DE CONTATO DO(A) TRABALHADOR(A).

**CAMPO 14. ENDEREÇO (RUA/AV./Nº/COMPLEMENTO/BAIRRO/MUNICÍPIO/UF)** - INFORMAR O ENDEREÇO COMPLETO DA RESIDÊNCIA DO(A) TRABALHADOR(A).

**CAMPO 15. VÍNCULO** - MARCAR COM UM X O CAMPO CORRESPONDENTE AO VÍNCULO DO(A) TRABALHADOR(A) COM A PBH. SE O(A) TRABALHADOR(A) FOR MUNICIPALIZADO(A), INFORMAR O SEU ÓRGÃO DE ORIGEM.

**CAMPO 16.** INFORMAR A PARTE DO CORPO DO(A) TRABALHADOR(A) ATINGIDA NA OCORRÊNCIA.

### **INFORMAÇÕES RELATIVAS À OCORRÊNCIA**

**CAMPO 17. DATA DA OCORRÊNCIA**- INFORMAR A DATA DA OCORRÊNCIA.

**CAMPO 18. HORA DA OCORRÊNCIA**- INFORMAR A HORA DA OCORRÊNCIA.

**CAMPO 19. LOCAL DA OCORRÊNCIA**- INFORMAR DE FORMA CLARA E PRECISA O LOCAL ONDE ACONTECEU A OCORRÊNCIA. EX: CENTRO DE SAÚDE, ESCOLA, UMEI, SECRETARIA, ETC. (INFORMANDO TAMBÉM: SALA, SETOR, AMBIENTE, PÁTIO, RAMPAS DE ACESSO, POSTO DE TRABALHO, NOME DA RUA, ETC.)

**CAMPO 20. DESCRIÇÃO DETALHADA DA OCORRÊNCIA**- DESCRIÇÃO DETALHADA DA OCORRÊNCIA, COMO OCORREU, ONDE, QUANDO.

**CAMPO 21. DANO / PERDA MATERIAL** - DESCRIVER O DANO / PERDA MATERIAL CAUSADO NA OCORRÊNCIA.

### **INFORMAÇÕES RELATIVAS À TESTEMUNHAS**

**CAMPOS 22 A 27. TESTEMUNHAS (SE HOUVER)** - INFORMAR TESTEMUNHAS QUE TENHAM PRESENCIADO A OCORRÊNCIA OU AQUELAS QUE PRIMEIRO TOMARAM CIÊNCIA DA OCORRÊNCIA, BEM COMO TELEFONE DE CONTATO E ENDEREÇO COMPLETO.

### **INFORMAÇÕES RELATIVAS AO ATENDIMENTO MÉDICO**

**CAMPO 28.** MARCAR COM UM X O CAMPO CORRESPONDENTE À INFORMAÇÃO DO ENCAMINHAMENTO DO(A) TRABALHADOR(A) AO ATENDIMENTO MÉDICO:

- CASO POSITIVO, ANEXAR O ATESTADO MÉDICO (SOMENTE PARA REGISTRO DE EVENTO COM ESTAGIÁRIO(A), MUNICIPALIZADO(A) E TERCEIRIZADO(A));

- CASO NEGATIVO DEVERÁ SER JUSTIFICADO, NO CAMPO OBSERVAÇÕES, O MOTIVO PELO QUAL O(A) MESMO(A) NÃO FOI ENCAMINHADO;

- CASO O(A) TRABALHADOR(A) RECUSAR-SE A RECEBER ATENDIMENTO MÉDICO ASSINALAR O RESPECTIVO CAMPO.

### **INFORMAÇÕES RELATIVAS AO REGISTRO POLICIAL**

**CAMPO 29.** MARCAR COM UM X O CAMPO CORRESPONDENTE À INFORMAÇÃO DO REGISTRO POLICIAL:

- CASO POSITIVO, ANEXAR O REGISTRO POLICIAL.

### **OBSERVAÇÕES**

**OBSERVAÇÕES** - CITAR QUALQUER TIPO DE INFORMAÇÃO RELACIONADA AO(À) TRABALHADOR(A) E/OU À OCORRÊNCIA, QUE JULGAR NECESSÁRIA PARA A COMPLEMENTAÇÃO DOS DADOS DESCRITOS. ESTE CAMPO TAMBÉM PODE SER UTILIZADO PARA JUSTIFICATIVAS.

### **EMITENTE**

**LOCAL, DATA, ASSINATURA / BM / RG / CARIMBO DO(A) EMITENTE** – INSERIR ASSINATURA E CARIMBO DO(A) EMITENTE (GESTOR(A) IMEDIATO(A)).

### **CIÊNCIA DO(A) TRABALHADOR(A)**

**INFORMAÇÕES RELATIVAS À ASSINATURA DO(A) TRABALHADOR(A) (NÃO HAVENDO VÍTIMA, DESCONSIDERAR O PREENCHIMENTO DESTES CAMPOS)** - LOCAL, DATA, ASSINATURA / BM / RG / CARIMBO DO(A) TRABALHADOR(A). ESTE CAMPO DEVERÁ SER ASSINADO PELO(A) TRABALHADOR(A), VÍTIMA DA OCORRÊNCIA, DANDO CIÊNCIA AO REGISTRO.