

**GERÊNCIA DE SAÚDE E PREVENÇÃO****FICHA DE REGISTRO DE ACIDENTE DE TRABALHO SERVIDOR EFETIVO - FRAT**

1. Tipo de FRAT: ( ) Inicial ( ) Reabertura ( ) Comunicação de Óbito					
2. Responsável pelas Informações/ Registro: ( ) SESMT ( ) Chefia Imediata ( ) RH					
<b>DADOS DO(A) SERVIDOR(A):</b>					
3. Nome:					
4. Data de Nascimento: / /		5. Sexo: ( ) F ( ) M		6. CPF:	
7. RG:		8. Órgão expedidor:		9. Data da expedição: / /	
10. Endereço:					
11. Setor:		12. CEP:	13. Município:	14. UF:	15. Fone:
16. Lotação:			17. CNPJ:		
18. Cargo:			19. Função Exercida:		
20. Local de Trabalho:			21. Município de Trabalho:	22. UF:	
23. Horário de trabalho: às das às			24. Realizava horas extras? ( ) Sim ( ) Não		
<b>ACIDENTE OU DOENÇA:</b>					
25. Tipo: ( ) Acidente Típico ( ) Acidente Trajeto ( ) Doença		26. Houve Lesão? ( ) Sim ( ) Não	27. Houve Morte? ( ) Sim ( ) Não		
		28. Data do Registro: / /	29. Data do Acidente: / /		
30. Hora Acidente:	31. Local do Acidente (Especificação):				
32. Município do Acidente:		33. UF:	34. Último Dia Trabalhado: / /		
35. Houve Afastamento do Trabalho? ( ) Sim ( ) Não			36. Boletim de Ocorrência: ( ) Sim ( ) Não		
37. Agente Causador:			38. Parte do Corpo Atingida:		
39. Descrição da Situação Geradora do Acidente ou Doença:					
<b>TESTEMUNHA E RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES E PELO PREENCHIMENTO:</b>					
40. Testemunha:			41. Telefone comercial:		
42. Nome e Assinatura do Responsável pelas informações:					
43. Responsável pelo Preenchimento:			45. Assinatura e carimbo do emitente		
44. Telefone comercial:					

**GERÊNCIA DE SAÚDE E PREVENÇÃO**

<u>ATESTADO MÉDICO</u>		
46. Unidade de Atendimento Médico:	47. Data Atendimento: / /	48. Horário: : h
49. Diagnóstico Provável:		50. CID 10:
51. Descrição da(s) Lesão (s):	52. Houve Internação Hospitalar? ( )SIM ( )NÃO	
	53. Duração do Provável do Tratamento: ( ) dias (Por Extenso).	
	54. Haverá necessidade de afastamento do Trabalho Durante Tratamento? ( )SIM ( )NÃO	
55. Tratamento Prescrito:		
56. Local e Data: , / /	57. Assinatura e Carimbo do Médico (CRM):	

<u>GESPRES</u>	
58. Recebida em, / / .	
59. Assinatura do Servidor - Comissão Técnica (Responsável pela conferência do preenchimento da FRAT)	Documentos apresentados (em caso de acidentes): ( ) Declaração Chefia Imediata ( ) Cópia Folha ou Espelho de Ponto ( ) Boletim de Ocorrência
	Todos os campos da FRAT foram preenchidos? ( ) S ( ) N Obs.: _____ _____ _____ _____

<u>PARECER MÉDICO GESPRES</u>	
60. Data: / / .	



## GERÊNCIA DE SAÚDE E PREVENÇÃO

61. **Parecer Médico:** Há nexos causal entre a lesão/patologia apresentada e o acidente/doença: ( ) SIM ( ) NÃO

Obs.:

### 62. Carimbo e Assinatura do Médico GESPRES

O REGISTRO DE ACIDENTE DE TRABALHO É OBRIGATÓRIO, MESMO NOS CASOS EM QUE NÃO HAJA AFASTAMENTO DO TRABALHO.

LEI 10.460/88 - CAPÍTULO III : ART. 225 § 2º - A COMPROVAÇÃO DO ACIDENTE, INDISPENSÁVEL PARA A CONCESSÃO DA LICENÇA, DEVERÁ SER FEITA EM PROCESSO REGULAR, NO PRAZO DE 08 (OITO) DIAS, SALVO POR MOTIVO DE FORÇA MAIOR.

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA PREENCHIMENTO DA FRAT: DECLARAÇÃO CHEFIA IMEDIATA, CÓPIA DA FOLHA OU ESPELHO DE PONTO E BOLETIM DE OCORRÊNCIA (EM CASO DE ACIDENTE DE TRAJETO).

O PREENCHIMENTO DESTES DOCUMENTOS É OBRIGATÓRIO PARA CONCESSÃO DA LICENÇA TIPO "D"