



PREFEITURA DE
RONDONÓPOLIS

SECRETARIA MUNICIPAL DE GESTÃO DE PESSOAS
DEPARTAMENTO DE SAÚDE OCUPACIONAL E PERÍCIA MÉDICA

Prefeitura Municipal Rondonópolis
Protocolo nº: 35.602/2020
14/8/2020 16:34:13

OFÍCIO Nº 699/2020/DESOPEM

Rondonópolis, 14 de agosto de 2020.

À Senhora
Geane Lina Teles
Presidente do SISPMUR
Rondonópolis/MT

Assunto: Informativo sobre decisão do STF sobre abertura de CAT

Senhora Geane,

Vimos por meio deste, informar a vossa senhoria, que após ampla repercussão da decisão Supremo Tribunal Federal quanto a inconstitucionalidade, que ainda encontra-se em tramitação, com última tramitação em 07/08/2020 (**ADI 6344**) dos artigos 29 e 31 da MPV 927/2020, a Secretaria Municipal de Gestão de Pessoas/DESOPEM estará realizando o levantamento dos servidores que testaram positivo para o COVID-19.


Assim, após quantificação destes, será necessário a juntada de documentos comprobatórios dos mesmos, bem como a prévia investigação da possível causa geradora da contaminação. Haja vista, que a lei determina que seja registrada a Comunicação do Acidente de Trabalho quando houver a nexa causal.

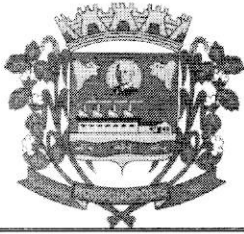
De antemão, já estamos orientando os servidores que testam positivo, bem como os suspeitos, na medida que entregam atestado à perícia médica, já providenciarem a NAT (Notificação de Acidente de Trabalho) e Folha Ponto, conforme prevê **Instrução Normativa (IN) N.º 002 de 24 de setembro de 2014 art. 3º §1º e art. 11, inciso II.**

Sendo o essencial para a oportunidade, coloco-me a disposição.

Atenciosamente,


Allan Rodrigues Dias
Matrícula: 1552748
Gerente de Segurança no Trabalho – DESOPEM


MARCUS VINÍCIUS DAS NEVES LIMA
Secretário Municipal de Gestão de Pessoas



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

NOTIFICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO – NAT

DADOS DO ACIDENTADO			
Nome:			Sexo () M () F
Nome da Mãe:			
Data de Nasc:	Idade	Estado Civil:	Telefone:
RG:	Org. Expedidor:		Data de Emissão:
CPF:			
End. Resid:		Nº	Bairro:
Matrícula:	Vínculo:	Cargo:	
Horário de Trabalho:		Carga Horária:	
Órgão de Origem:		Lotação	
End. do Local de Trabalho:			
DADOS DO ACIDENTE			
Data do acidente:	Hora do acidente:	Após quantas horas de trabalho?	
Foi solicitado afastamento?	Sim () Não ()	Último dia trabalhado -	
Local do acidente:			
Especificação do local do acidente			
Endereço :		Nº	Bairro:
Parte do corpo atingida:			
Agente causador:			
TESTEMUNHAS QUE PRESENCIARAM O ACIDENTE			
1ª TESTEMUNHA			
Nome:			
Endereço:			Nº
Bairro:		Telefone:	
2º TESTEMUNHA			
Nome			
Endereço			Nº
Bairro		Telefone	

