



PREVIDÊNCIA SOCIAL  
**IPMDC**  
UNIDOS PELO TRABALHO

**PREFEITURA MUNICIPAL DE DUQUE DE CAXIAS  
INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DO MUNICÍPIO DE DUQUE DE  
CAXIAS  
DEPARTAMENTO DE PERÍCIAS MÉDICAS**

**Duque de Caxias 7 de julho de 2012**

**O DIRETOR GERAL DO DEPARTAMENTO DE PERÍCIAS MÉDICAS, no uso de suas atribuições legais e,**

**Considerando ser necessário que este Departamento estabeleça critérios médicos pericial para a formalização do licenciamento médico.**

**Considerando a necessidade do médico perito basear-se em fatos concretos (avaliação clínica, e métodos complementares e o descrito na legislação) para a caracterização do ato médico pericial**

**Considerando a problemática do ato médico pericial poderá refletir na economia do Município e na tributação do servidor em geral:**

**RESOLVE: determinar que seja adotada como rotina o preenchimento da Notificação de Acidente de Trabalho (NAT) conforme as determinações:**

*1. A notificação de Acidente de trabalho deverá ser preenchida conforme modelo em anexo*

*2. O servidor em caso de acidente de trajeto deverá apresentar o boletim policial (B.O.)*

*Esta ordem de serviço passa a vigorar a partir de 7 de julho de 2012.*

*Chefe de Apoio Técnico do Departamento de Perícias Médicas do IPMDC*

*Chefe do Departamento de Perícias Médicas do IPMDC*



PREVIDÊNCIA SOCIAL  
**IPMDC**  
UNIDOS PELO TRABALHO

**PREFEITURA MUNICIPAL DE DUQUE DE CAXIAS  
INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DO MUNICÍPIO DE DUQUE DE CAXIAS  
DEPARTAMENTO DE PERÍCIAS MÉDICAS**

**COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO  
Ao Departamento de Perícias Médicas**

Comunico-lhe que às \_\_\_\_\_ horas do dia \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
foi vítima de acidente o servidor \_\_\_\_\_,  
matrícula \_\_\_\_\_ função \_\_\_\_\_ lotado \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Secretaria \_\_\_\_\_

Local do acidente \_\_\_\_\_

Tipo de acidente (típico, percurso, doença ocupacional) \_\_\_\_\_

Descrição do acidente \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

CIDX \_\_\_\_\_, Houve afastamento do trabalho \_\_\_\_\_, Quantos dias \_\_\_\_\_

Socorrido imediatamente por \_\_\_\_\_

O fato testemunhado por \_\_\_\_\_

Matrícula \_\_\_\_\_ função \_\_\_\_\_ e por \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ matrícula \_\_\_\_\_ função \_\_\_\_\_

Notificação feita às \_\_\_\_\_ horas do dia \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Duque de Caxias, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do servidor acidentado

\_\_\_\_\_  
Testemunha

\_\_\_\_\_  
Testemunha

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA E CARIMBO DO CHEFE IMEDIATO