



PREFEITURA MUNICIPAL DE PARANAGUÁ
Secretaria Municipal de Administração
Departamento de Saúde Ocupacional



COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO (CAT) SERVIDOR CLT E ESTATUTÁRIO

TIPO DE CAT: INÍCIO [] REABERTURA [] COMUNICAÇÃO DE ÓBITO: ___/___/___

1. IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR

Nome: _____

Matrícula: _____ Data de Admissão: ___/___/___ DN: ___/___/___ Sexo: M [] F []

Cargo: _____ Centro de custo: [] CLT [] ESTATUTÁRIO

Endereço: _____ CPF: _____

Bairro: _____ Telefone: _____

CEP: _____ Município: _____ Secretaria: _____

Local/Unidade: _____ Telefone: _____

2. INFORMAÇÕES SOBRE O ACIDENTE

Data do Acidente: ___/___/___ Hora do acidente: _____ Último dia trabalhado: _____

Horas trabalhadas até o acidente: _____ Horas.

[] Com afastamento

[] Sem afastamento

[] Com óbito

[] Com lesão

[] Sem lesão

Local do acidente: _____ Agente Causador: _____

Especificação do local do acidente: _____

Município do local do acidente: _____ Houve registro policial?: [] Sim [] Não

Usava EPI? Qual?: _____

3. TIPO DE ACIDENTE

[] Típico (no trabalho)

[] Trajeto (deslocamento de casa para o trabalho ou do trabalho para casa)

[] Doença Ocupacional (competência exclusiva da DSO)

4. PARTE(S) DO CORPO ATINGIDA(S)

Descreva a parte do corpo atingida: _____

(Exemplos: Cabeça / Braço / Perna / Mão / Dedo / Pé / Olho / Tronco e etc.)

Lateralidade: [] Não aplicável

[] Esquerda

[] Direita

[] Ambas

5. DESCRIÇÃO DO ACIDENTE

6. TESTEMUNHAS DO ACIDENTE (CASO HAJA Caso houver)

Nome: _____ Assinatura: _____

Endereço: _____ Telefone: _____

Nome: _____ Assinatura: _____

Endereço: _____ Telefone: _____

7. ATENDIMENTO MÉDICO

Unidade de Atendimento: _____

Data: ___/___/___ Hora: _____

Houve internação? [] SIM [] Não Provável duração do tratamento (Dias): _____

Deverá o acidentado afastar-se do trabalho durante o tratamento? [] Sim [] Não

Descrição e natureza da lesão: _____

Diagnóstico provável: _____ CID-10: _____

Observações: _____

Local e data: _____

Nome do médico, CRM, UF e carimbo:

8. RESPONSÁVEIS PELAS INFORMAÇÕES

Chefia Imediata:

Data: ___/___/___

Nome: _____

Assinatura e carimbo Chefia

Declaro serem verdadeiras todas as informações aqui prestadas, assumindo total responsabilidade pelas mesmas:

Assinatura do servidor

A COMUNICAÇÃO DO ACIDENTE DE TRABALHO DEVE SER ENCAMINHADA AO DEPARTAMENTO DE SAÚDE OCUPACIONAL NO PRAZO DE 24 HORAS PARA SERVIDORES CLT E ESTATUTÁRIOS.
A COMUNICAÇÃO DO ACIDENTE É OBRIGATÓRIA, MESMO NO CASO EM QUE NÃO HAJA AFASTAMENTO DO TRABALHO.

INSTRUÇÃO DE PREENCHIMENTO

COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO (CAT) SERVIDOR CLT E ESTATUTÁRIO

TIPO DE CAT: INÍCIO [] REABERTURA [] COMUNICAÇÃO DE ÓBITO: ___/___/___

Tipos de CAT:

- **Início:** refere-se à primeira comunicação do acidente ou doença do trabalho;
- **Reabertura:** reinício de tratamento ou afastamento por agravamento de lesão de acidente do trabalho ou doença ocupacional, já comunicado anteriormente ao INSS;
- **Comunicação de óbito:** falecimento decorrente de acidente ou doença ocupacional, ocorrido após a emissão da CAT inicial.

1. IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR

Nome: Nome completo do servidor que se acidentou

Matrícula: _____ Data de Admissão: ___/___/___ DN: ___/___/___ Sexo: M [] F []
- citar a matrícula correta do servidor / preencher a data que o servidor entrou na Prefeitura / preencher a data do nascimento do servidor e assinalar com um "x" o sexo do servidor.

Cargo: _____ Centro de custo: [] CLT [] ESTATUTÁRIO
-Cargo: colocar o nome do cargo que o servidor prestou concurso / preencher com um "x" se o servidor é de regime CLT ou Estatutário.

Endereço: nome da rua do servidor CPF: número correto do documento CPF

Bairro: nome do bairro do servidor Telefone: número do telefone do servidor

CEP: _____ Município: _____ Secretaria: _____
- Colocar o CEP da residência do servidor / a cidade onde mora o servidor / a secretaria que está lotado o servidor.

Local/Unidade: colocar o nome completo do local onde trabalha o servidor (Ex.: Escola...; Unidade de saúde...; Fábrica... etc). Telefone: telefone do local citado anteriormente.

2. INFORMAÇÕES SOBRE O ACIDENTE

Data do Acidente: ___/___/___ Hora do acidente: _____ Último dia trabalhado: _____
- data que ocorreu o acidente / horário que aconteceu o acidente / - informar a data do último dia em que efetivamente houve trabalho do acidentado, ainda que a jornada não tenha sido completa.

Horas trabalhadas até o acidente: _____ Horas.
Colocar quantas horas o servidor trabalhou até o momento do acidente, descontando pausa para almoço.

[] Com afastamento [] Sem afastamento [] Com óbito
[] Com lesão [] Sem lesão

Preencher com um "x" os quadrados acima referente ao acidente do servidor.

Local do acidente: _____ Agente Causador: _____
Local do acidente - informar o local onde ocorreu o acidente: em estabelecimento da empregadora; em empresa onde a empregadora presta serviço; em via pública; em área rural; outros.
Agente Causador - informar o agente diretamente relacionado ao acidente, podendo ser máquina, equipamento ou ferramenta, como uma prensa; ou produtos químicos. Pode ainda ser consignada uma situação específica como: queda, choque elétrico, atropelamento.

Especificação do local do acidente: _____

- informar de maneira clara e precisa o local onde ocorreu o acidente (Exemplo: pátio, rampa de acesso, posto de trabalho, nome da rua, etc.).

Município do local do acidente: _____ Houve registro policial?: Sim Não
Colocar o nome do município onde ocorreu o acidente / - informar se houve ou não registro policial.
No caso de constar (SIM), deverá trazer cópia do documento.

Usava EPI? Qual?: Se "Sim", informar quais EPIs estavam sendo utilizados pelo servidor.

3. TIPO DE ACIDENTE

- Típico (no trabalho)
 Trajeto (deslocamento de casa para o trabalho ou do trabalho para casa)
 Doença Ocupacional (competência exclusiva do DSO)

4. PARTE(S) DO CORPO ATINGIDA(S)

Descreva a parte do corpo atingida: _____
(Exemplos: Cabeça / Braço / Perna / Mão / Dedo / Pé / Olho / Tronco e etc.)

Lateralidade: Não aplicável Esquerda Direita Ambas

- Deverá ser especificado o lado atingido (direito ou esquerdo), quando se tratar de parte do corpo que seja bilateral.

5. DESCRIÇÃO DO ACIDENTE

- _____

- descrever a situação ou a atividade de trabalho desenvolvida pelo acidentado e por outros diretamente relacionados ao acidente.
 - tratando-se de acidente de trajeto, especificar o deslocamento e informar se o percurso foi ou não alterado ou interrompido por motivos alheios ao trabalho.
 - no caso de doença, descrever a atividade de trabalho, o ambiente ou as condições em que o trabalho era realizado.

6. TESTEMUNHAS DO ACIDENTE (**CASO HAJA Caso houver**)

Nome: _____ Assinatura: _____

Endereço: _____ Telefone: _____

Nome: _____ Assinatura: _____

Endereço: _____ Telefone: _____

Caso haja alguma testemunha que visualizou o acidente, favor informar o nome completo, endereço, telefone e pegar a assinatura da testemunha.

7. ATENDIMENTO MÉDICO

Unidade de Atendimento: _____

Data: ___/___/___ Hora: _____

Houve internação? [] SIM [] Não Provável duração do tratamento (Dias): _____

Deverá o acidentado afastar-se do trabalho durante o tratamento? [] Sim [] Não

Descrição e natureza da lesão: _____

Diagnóstico provável: _____ CID-10: _____

Observações: _____

Local e data: _____

Nome do médico, CRM, UF e carimbo:

De responsabilidade do profissional médico.

8. RESPONSÁVEIS PELAS INFORMAÇÕES

Chefia Imediata:

Data: ___/___/___

Nome: _____

Assinatura e carimbo Chefia

Neste campo o chefe imediato deve datar e colocar seu nome, assinar e carimbar.

Declaro serem verdadeiras todas as informações aqui prestadas, assumindo total responsabilidade pelas mesmas:

Assinatura do servidor

Neste campo o servidor que sofreu o acidente deve assinar o documento.