



**COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO – CAT**  
\*Ler atentamente as orientações no final do prontuário antes do preenchimento

1. Emitente   
1-Empregador 2-Sindicato 3-Médico 4-Segurado ou dependente 5-Autoridade Pública

2. Tipo de CAT   
1-Início 2-Reabertura 3-Comunicação de Óbito em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**I - EMITENTE**

Funcional	3. Órgão de Lotação		4. Cargo/Função		5. Chefia Imediata		6. Telefone Institucional	
	7. Endereço (Rua/Av/Nº)				Bairro:		8. Município	
Dados do Servidor	10. Vínculo empregatício 1-Servidor Efetivo 2-Servidor Contratado 3-Prestador de Serviço <input type="checkbox"/>							
	11. Nome				12. Nome da mãe			
	13. Data de Nasc		14. Sexo <input type="checkbox"/>	15. Estado Civil				
	16. Carteira de Identidade		Data de Emissão		Órgão Expedidor		17. UF	18. CPF
Acidente ou Doença	19. Endereço (Rua/Av/Nº)		Bairro:		20. Município		21. Telefone:	
	22. Data do Acidente		23. Hora do Acidente	23. Após quantas horas de trabalho?		24. Houve Afastamento? <input type="checkbox"/>		25. Último dia Trabalhado
	26. Local do Acidente		27. Parte do corpo atingido		28. Agente causador do Acidente ou Doença			
	29. Descrição da situação geradora do acidente ou doença					30. Houve registro policial? <input type="checkbox"/>		
Testemunhas	31. Houve morte? <input type="checkbox"/>							
	32. Nome							
	33. Endereço (Rua/Av/Nº)				Bairro		34. Município	35. Telefone:
	36. Nome							
37. Endereço (Rua/Av/Nº)				Bairro		38. Município	39. Telefone:	

**II - ATENDIMENTO MÉDICO**

Local e Data			Assinatura e Carimbo do GDP		
40. Unidade de atendimento médico			41. Data	42. Hora	
43. Houve internação <input type="checkbox"/>		44. Duração provável do tratamento	45. Deverá o acidentado afastar-se do trabalho durante o tratamento? <input type="checkbox"/>		
46. Descrição e natureza da lesão (descrever o aspecto e condições da lesão)					
47. Diagnóstico provável					48. CID-10
49. Observações					

**III - GDP**

Local e Data		Assinatura e Carimbo do Médico com CRM	
50. Recebida Em ___/___/___	51. Número da CAT		
52. Matrícula do servidor		<p>Notas:</p> <p>1 – A inexatidão das declarações desta comunicação, implicará nas sanções previstas nos arts. 171 e 299 do Código Penal.</p> <p>2 – A prova do acidente de trabalho ser feita no prazo de 10 (dez) dias após o acidente, sendo prorrogável conforme a circunstância, de acordo com a Lei nº 093/2003.</p> <p>3 – Agente causador do Acidente: Descrição do espaço físico ou objeto que provocou o acidente. Ex: escada, rua, piso, passarela, corredor, agulha, substância química, animais; e outros)</p> <p>4 – Agente causador da Doença: Ex: esforço excessivo; exposição a ruído; exposição a temperaturas elevadas; inalação de substância cáustica, tóxica ou nociva; e outros).</p> <p>5 – Emitente: Poderá ser preenchido por qualquer pessoa na impossibilidade do próprio acidentado preencher</p>	
Assinatura do Servidor			

**COMUNICAÇÃO DO ACIDENTE É OBRIGATÓRIA, MESMO NO CASO EM QUE NÃO HAJA AFASTAMENTO DO TRABALHO**