**COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO – CAT**

*1 - EMITENTE*

Nome do Emitente: Contatos: Data do Registro:

Dados do Servidor

Nome:

Sexo:

CPF:

Data de Nascimento:  RG:

ENDEREÇO:

Logradouro:

N°

Complemento: - Bairro:

Cidade: - UF:

DDD—Tel.: - e-mail:

DADOS FUNCIONAIS:

Identificação Única

— Órgão:

Lotação de exercício: - Matrícula SIAPE:

Cargo:

- Função:

ACIDENTE OU DOENÇA:

Data do Acidente: / /

Hora do Acidente: /

# Após quantas horas de trabalho

Tipo: Acidente típicos ( ) - Acidente de Trajeto ( ) - Doença Profissional ( )

Houve Afastamento? Sim ( ) Não ( ) Último dia trabalhado: / /

Parte(s) do corpo atingida(s) \* : (Descrição da região anatômica atingida. Ex: cabeça, ombro, punho, braço e outros)

Agente Causador do Acidente \* :(Descrição do espaço físico onde ocorreu o acidente. Ex: rua, piso, passarela corredor e outros) Agente Causador da doença :( Ex: esforço excessivo, exposição a ruído, exposição a temperaturas e levadas,

Inalação de substância cáustica, tóxica ou nociva; e outros)

Situação Geradora do Acidente ou doença \*: (Descrição da situação em que houve o acidente ou doença)

Houve Registro Policial? Sim ( ) - Não ( )

Houve Morte? Sim ( ) - Não ( )

LOCAL DO ACIDENTE

Local do Acidente \*: (Ex: estabelecimento da empregadora, empresa onde a empregadora presta serviço, via pública, área rural, outros) Especificação do Local do Acidente \* :(pátio, rampa de acesso, posto de trabalho ou nome da rua)

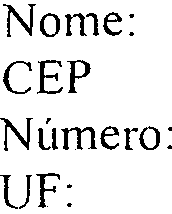
# CGC/CNPJ

Órgão: -UF: - Município:

TESTEMUNHA **-**1 (Quando houver)

CEP - Logradouro: Número: - Complemento: - Bairro: UF: - Município: - Telefone:

TESTEMUNHA - 2 (Quando houver)



Logradouro “:

- Complemento: - Bairro:

- Município: - Telefone:

*2 - ATENDIMENTO DE SAÚDE:*

ATENDIMENTO

Unidade de Atendimento: (descrição do local do atendimento. Ex. Santa Casa, pronto Socorro, hospitais e outros)

Data: / / Hora:

Houve internação: Sim ( ) Não ( )

# Duração provável do tratamento: dias

Deverá o acidentado afastar-se do trabalho durante o tratamento? Sim ( ) - Não ( )

LESÃO

Descrição e natureza da lesão \*: (Descrever o aspecto e condição da lesão)

DIAGNÓSTICO:

Diagnóstico Provável \*

CID \*: (informar o(s) código(s) e nome(s) das doença(s) ou agravo(s), conforme a Cl D - 10)

OBSERVAÇÕES: (Campo destinado a outras informações importantes)

# Local / Data:

Assinatura/Carimbo