

**Instituto de Recursos Humanos**  
**Coordenadoria Geral de Recursos Humanos**  
**Núcleo de Supervisão de Perícias Médicas**  
**e Segurança do Trabalho – NSPS**

COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO - CAT			
<b>1</b>	<b>EMITENTE</b>		
CHEFE IMEDIATO ( ) MÉDICO ( ) MEMBRO DA CIPA ( ) OUTRO :			
NOME DO ACIDENTADO:			MATRÍCULA:
CPF:			IDENTIDADE:
SECRETARIA:		SETOR:	FUNÇÃO:
TEMPO DE TRABALHO NA FUNÇÃO:	IDADE:	ESTADO CIVIL:	ESCOLARIDADE:
ENDEREÇO RESIDENCIAL:			FONE:
LOCAL DO ACIDENTE:		DATA:	HORA:
RECEBEU ASSISTÊNCIA MÉDICA / HOSPITALAR: NÃO ( ) SIM ( )		CASO AFIRMATIVO INDIQUE O LOCAL:	
DESCRIÇÃO DO ACIDENTE: ( COMO OCORREU, LESÕES APARENTES)			
NOME DA TESTEMUNHA:		MATRÍCULA:	DATA:
<b>2</b>	<b>CHEFIA IMEDIATA</b>		
1-QUAL O HORÁRIO NORMAL DE TRABALHO DO ACIDENTADO:			
2-ESTAVA PRESENTE QUANDO OCORREU O ACIDENTE? SIM ( ) NÃO ( )			
3-O ACIDENTADO ESTAVA EXERCENDO SUA FUNÇÃO PARA QUAL FOÍ ADMITIDO? SIM ( ) NÃO ( )			
4-SE NEGATIVO RESPONDA: O ACIDENTADO RECEBEU TREINAMENTO PARA EXERCER A FUNÇÃO? SIM ( ) NÃO ( )			
POSSUI QUALIFICAÇÃO? SIM ( ) NÃO ( )			
POR QUE ACONTECEU O ACIDENTE? CAUSAS: AMBIENTAIS, PESSOAIS, MAQUINARIAS, SOLUÇÕES QUÍMICAS, ETC.			
QUE MEDIDAS TOMOU OU DEVEM SER TOMADAS PARA EVITAR NOVAS OCORRÊNCIAS?			
NOME DO CHEFE IMEDIATO, MATRÍCULA E ASSINATURA:			DATA:
<b>3</b>	<b>PARECER DA C.I.P.A</b>		
PARECER: CAUSAS APURADAS, PROVIDÊNCIAS, ETC.			
PRESIDENTE DA CIPA:		MATRÍCULA:	DATA:
<b>4</b>	<b>PERÍCIA MÉDICA ( EM CASO DE ACIDENTE COM LICENÇA MÉDICA ) - DEMED</b>		
DATA DO AFASTAMENTO:	DATA PARA REAVALIAÇÃO ( S/N ENCAMINHAR A MEDICINA DO TRABALHO ) :		
TIPO E LOCAL DA LESÃO:		CÓDIGO:	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:			
ASSINATURA / CARIMBO:			DATA:

