

Anexo VI. Formulário de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT)



COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO - CAT		
TIPO DE CIAT: INÍCIO () REABERTURA () COMUNICAÇÃO DE ÓBITO ____/____/____		
1. Identificação do Funcionário		
Nome: _____		
Matrícula: _____ Data de Admissão: ____/____/____ DN: ____/____/____ Sexo: M () F ()		
Cargo: _____		
Endereço: _____		
Bairro: _____ Telefone Residencial: _____		
CEP: _____ Município: _____ Secretaria: _____		
Unidade: _____ Telefone/Ramal: _____		
2. Informações sobre o Acidente		
Local do Acidente: _____ Agente Causador: _____		
Data do Acidente ____/____/____ Hora do Acidente: _____ Último dia trabalhado ____		
Número de horas trabalhadas até o acidente: _____ horas.		
() Com afastamento () Sem afastamento () Com óbito		
() Com lesão () Sem lesão		
3. Tipo de Acidente		
() Típico (no Trabalho)		
() Trajeto (deslocamento: de casa para o trabalho, do trabalho para casa)		
() Doença Ocupacional (competência exclusiva do DSO)		
4. Parte(s) do Corpo Atingida(s)		
() Cabeça (exceto olho) () Membros superiores (exceto mãos) () Mãos e/ou punhos		
() Olhos () Sistemas e Aparelhos () Múltiplas partes		
() Tronco () Membros Inferiores () Outros		
5. Descrição do Acidente		
_____ _____ _____ _____		
A Comunicação do Acidente de Trabalho deve ser encaminhada ao Departamento de Saúde Ocupacional no prazo de 24 horas da ocorrência do acidente		

**Departamento de
Saúde Ocupacional - DSO**

41 3614-7791
Rua Professor Alfredo Parodi N°30, Centro.
Araucária - PR
E-mail: dso@araucaria.pr.gov.br

Unidade de Atendimento: _____ Data ____ / ____ / ____ Hora ____: ____

Descrição da(s) Lesão(s):

Diagnóstico provável: _____ CID: _____
O tratamento deverá ser: () Hospitalar () Ambulatorial
Deverá afastar-se do trabalho: () Sim () Não

Duração provável do tratamento: _____

Observações:

Assinatura e carimbo do Médico Data ____ / ____ / ____

7. Testemunhas do Acidente

Nome: _____ Assinatura _____

Endereço: _____ Telefone/Ramal: _____

Nome: _____ Assinatura _____

Endereço: _____ Telefone/Ramal: _____

Chefia Imediata:

Data ____ / ____ / ____

Nome:

Assinatura e Carimbo

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

Assinatura do funcionário

**Departamento de
Saúde Ocupacional - DSO**

41 3614-7791
Rua Professor Alfredo Parodi N°30, Centro.
Araucária - PR
E-mail: dso@araucaria.pr.gov.br

