



Prefeitura Municipal de Joinville
Secretaria de Gestão de Pessoas
Unidade de Saúde do Servidor

COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO – CAT

Dados do servidor acidentado

1. Nome:

2. Matrícula	3. Data nascimento:	4. Sexo: () masculino () feminino	5. Estado civil: () solteiro () casado () divorciado () separado () viúvo () união estável	6. Escolaridade () fundamental inc. () fundamental () médio inc. () médio () técnico () superior inc. () superior () pós graduação
7. Regime de trabalho () estatutário () estatutário especial () estagiário	8. Cargo/função:	9. Tempo de serviço:	11. Local de trabalho:	
	10. Tempo na função:			

Dados do acidente

12. Data do acidente:	13. Hora do acidente:	14. Local do acidente/endereço:
15. Houve atendimento médico? () sim () não	16. Unidade de atendimento médico?	
17. Descrição do acidente:		
18. Assinatura e matrícula da chefia imediata	19. Assinatura e matrícula de testemunha	

Segurança do Trabalho

20. Causas apuradas	21. Agente causador: () ambiental () mecânico () pessoal () organizacional	
	22. Parte do corpo atingido:	
	23. Tipo de Acidente: () típico () trajeto () necessita parecer médico () não caracterizado acidente de trabalho	
24. Data	25. Assinatura e carimbo	26. Assinatura do servidor acidentado

Medicina do Trabalho

27. Houve internação: () sim () não	28. Tempo de afastamento?	29. Tipo de lesão:	30. CID - 10 (lesão):
31. CID – 10 (causa externa):	32. Caracterização da doença: () profissional () do trabalho () não há nexo causal		
33. Data	34. Assinatura e carimbo do médico:		