

 <p style="text-align: center;">ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL PREFEITURA MUNICIPAL DE CAXIAS DO SUL COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO - CAT</p>		1. Tipo de CAT				
		1. Início		<input type="text"/>		
		2. Reabertura				
		3. Comunicação do óbito em ___/___/___				
I. EMITENTE	Acidentado	2. Nome		3. Matrícula		
		4. Data Nasc.	5. Sexo 1. Masc. 2. Fem	6. Cargo		
		7. Lotação		8. Secretaria		
		9. Endereço			10. Telefone	
	Acidente ou Doença	11. Data do Acidente	12. Hora do Acidente	13. Após quantas horas de trabalho	14. Houve afastamento 1.Sim 2. Não <input type="text"/>	15. Último dia trabalhado
		16. Local do Acidente		17. Município do local Acidente	18. UF	19. Especif. do local do Acidente
		20. Parte(s) do corpo atingida(s)			21. Agente Causador	
		22. Descrição da situação geradora do acidente ou doença:				
		23. Houve registro policial? 1. Sim 2. Não		24. Houve morte? 1. Sim 2. Não		
		25. Nome		26. Matrícula	27. Telefone	
Testemunhas	28. Assinatura					
	29. Nome		30. Matrícula	31. Telefone		
	32. Assinatura					
	33. Local e data		34. Chefe Imediato (nome legível)		35. Secretário (nome legível)	
II. LAUDO DE EXAMES MÉDICOS	ATENDIMENTO	36. Unidade de atendimento médico		37. Data	38. Hora	
		39. Houve internação? 1. Sim 2. Não <input type="text"/>	40. Duração provável do tratamento ____ Dias	41. Deverá o acidentado afastar-se do trabalho durante o tratamento? 1. Sim 2. Não <input type="text"/>		
	LESÃO	42. Descrição e natureza da lesão:				
		43. Diagnóstico provável:			44. CID - 10	
		45. Observações:				
46. Local e data			47. Assinatura e carimbo do Médico com CRM			
III. BIOMETRIA MÉDICA	48. Recebida em	49. Hora	50. Sujeito a reinspeção 1. Sim 2. Não <input type="text"/>		Notas: A Comunicação de Acidente de Trabalho deverá ser entregue até o 5º (quinto) dia útil, a contar da data do acidente conforme § 2º do artigo 221, da Lei Complementar nº 3673 de 24/06/1991.	
	Servidor					
	51. Assinatura do Médico Perito					
A COMUNICAÇÃO DO ACIDENTE É OBRIGATÓRIA, MESMO NO CASO EM QUE NÃO HAJA AFASTAMENTO DO TRABALHO.						

Imprimir em 04 vias – 1ª via Biometria Médica 2ª via Secretaria de origem 3ª via Acidentado e 4ª via SESMT

CAMPO I. EMITENTE (de responsabilidade do emitente da CAT)

- 1 – Colocar o número correspondente a situação (Início, Reabertura ou comunicação de óbito) no quadrado a direita
- 2 – Nome completo do servidor acometido pelo acidente
- 3 – Matrícula do servidor
- 4 – Data de nascimento
- 5 – Sexo (colocar no quadrado a direita 1 para Masculino e 2 para Feminino)
- 6 – Cargo do servidor
- 7 – Lotação – Local onde o servidor está lotado (Ex. EMEF Prof. Luciano Corsetti)
- 8 – Secretaria onde o servidor está lotado
- 9 – Endereço residencial do servidor
- 10 – Telefone para contato com o servidor
- 11 – Data em que ocorreu o acidente
- 12 – Hora em que ocorreu o acidente
- 13 – Horário que compreende desde o início do trabalho até o momento da ocorrência do acidente
- 14 – Colocar no quadrado a direita o número 1 para Sim, e 2 para Não
- 15 – Último dia em que o servidor trabalhou; esta data será sempre o dia do acidente
- 16 – Local onde ocorreu o acidente (Ex. Em sala de aula)
- 17 – Município onde ocorreu o acidente
- 18 – Estado onde ocorreu o acidente
- 19 – Local específico onde ocorreu o acidente
- 20 – Parte(s) do corpo do corpo que sofreu(eram) a(s) lesão(ões)
- 21 – Agente causador da lesão (o que causou a lesão propriamente dita)
- 22 – Descrever de forma sucinta, mas com o máximo de informações de como foi o ocorrido
- 23 – Colocar no quadro a direita se houve ou não registro policial
- 24 – Colocar no quadrado a direita (1 para Sim e 2 para Não) se houve ou não morte em decorrência do acidente
- 25 – Nome da primeira testemunha (quem presenciou o ocorrido)
- 26 – Matrícula da primeira testemunha
- 27 – Telefone da primeira testemunha
- 28 – Assinatura da primeira testemunha
- 29 – Nome da segunda testemunha (quem presenciou o ocorrido)
- 30 – Matrícula da segunda testemunha
- 31 – Telefone da segunda testemunha
- 32 – Assinatura da segunda testemunha
- 33 – Local e data da emissão da CAT
- 34 – Assinatura do chefe imediato com nome legível
- 35 – Assinatura do Secretário Municipal ou titular da pasta

CAMPO II. LAUDO DE EXAME MÉDICO (para uso exclusivo do local onde o servidor recebeu o primeiro atendimento)

- 36 – Nome do local onde o acidentado recebeu o primeiro atendimento
- 37 – Data do atendimento
- 38 – Hora do atendimento
- 39 – Preencher no quadrado a direita (1 para Sim e 2 pra Não) se houve ou não necessidade de internação
- 40 – Duração provável do tratamento, em dias
- 41 – Preencher no quadrado a direita (1 para Sim e 2 para Não) se o servidor deverá ser afastado do trabalho durante o tratamento médico
- 42 – Descrever o tipo e natureza da lesão
- 43 – Descrever o diagnóstico provável da lesão
- 44 – Colocar CID (classificação Internacional de Doenças)
- 45 – Descrever alguma(s) observação(ões) quando houver
- 46 – Local e data do atendimento
- 47 – Assinatura do médico que atendeu o acidentado com CRM

CAMPO III. BIOMETRIA MÉDICA (Para uso exclusivo da Biometria Médica Municipal)

- 48 – Data do recebimento da CAT
- 49 – Hora do recebimento da CAT
- 40 – Preencher no quadrado a direita (1 para Sim e 2 para Não), se o servidor estará sujeito a reinspeção
- 51 – Assinatura do médico perito com carimbo do CRM