



**PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPEVI**  
**SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO E TECNOLOGIA**  
Rua Isola Belli Leonardi, 08 – Vila Nova | Itapevi | São Paulo | CEP: 06694-110  
Tel.: (11) 4143-7500 | [sec.administracao@itapevi.sp.gov.br](mailto:sec.administracao@itapevi.sp.gov.br)

## Manual para preenchimento da CAT

Este manual tem por finalidade assegurar o correto preenchimento do formulário de Comunicação de Acidente do Trabalho – CAT.

O manual está dividido em 4 tópicos:

- I - Tipos de acidentes de trabalho;**
- II - Procedimentos em caso de acidente de trabalho;**
- III - Prazo para registro;**
- IV - Campos de preenchimento do formulário.**

### **I - TIPOS DE ACIDENTES DE TRABALHO**

Os acidentes de trabalho dividem-se em:

- **ACIDENTE TÍPICO:** É aquele que ocorre pelo desenvolvimento do trabalho, nas dependências da prefeitura ou a serviço desta;
- **ACIDENTE DE TRAJETO:** É aquele que ocorre no caminho entre a residência e o trabalho ou vice-versa, desde que não haja interrupção ou alteração no trajeto habitual por motivo alheio ao trabalho; e
- **DOENÇA OCUPACIONAL:** É a doença produzida ou desencadeada pelo exercício do trabalho peculiar a determinada atividade ou pelas condições do ambiente de trabalho.

### **II - PROCEDIMENTOS EM CASO DE ACIDENTE DE TRABALHO**

#### **ACIDENTE TÍPICO:**

1. Encaminhar o acidentado ao hospital ou outra unidade de saúde para atendimento e solicitar uma **cópia da ficha de atendimento médico;**
2. Em casos de acidente com lesões que não permitam a locomoção do acidentado, solicitar auxílio ao CORPO DE BOMBEIROS (193) OU SAMU (192);



**PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPEVI**

**SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO E TECNOLOGIA**

Rua Isola Belli Leonardi, 08 – Vila Nova | Itapevi | São Paulo | CEP: 06694-110

Tel.: (11) 4143-7500 | [sec.administracao@itapevi.sp.gov.br](mailto:sec.administracao@itapevi.sp.gov.br)

3. Comunicar ao DMSS – Departamento de Medicina e Saúde do Servidor imediatamente para fornecer informações preliminares ao setor de Engenharia do Trabalho sobre as circunstâncias do acidente, como local do fato e a fonte geradora da lesão ([engenhariadotrabalho.medicina@itapevi.sp.gov.br](mailto:engenhariadotrabalho.medicina@itapevi.sp.gov.br));

4. Após o atendimento médico, a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) deverá ser realizada mediante a plataforma interna de atendimento digital (**Solar BPM-Softplan**). Por esta plataforma, mediante o processo “CAT”, deverão ser enviados o **formulário** da CAT devidamente preenchido pela chefia imediata do servidor, juntamente com a cópia da **ficha de atendimento médico ou do SAMU** para registro do acidente. Na hipótese da ficha de atendimento médico não ser disponibilizada de imediato pela Unidade de Saúde, a CAT deverá ser aberta mediante o envio do comprovante de solicitação da ficha. No caso de acidente com materiais perfurocortantes, encaminhar adicionalmente a cópia do formulário do Sinam devidamente preenchido considerando os prazos estabelecidos neste manual.

**OBS.:** Caso tenham sido emitidos **atestado médico** e/ou **boletim de ocorrência**, cópias de tais documentos devem ser enviados **juntamente** com o **formulário** de abertura de CAT e **ficha de atendimento médico**.

**ACIDENTE DE TRAJETO:**

1. Procurar o atendimento médico de imediato e solicitar uma **cópia da ficha de atendimento**;

2. Em casos de acidente com lesões que não permitam a locomoção do acidentado, solicitar auxílio ao CORPO DE BOMBEIROS (193) OU SAMU (192);

3. Comunicar a Chefia imediatamente dando informações sobre a circunstância e gravidade do acidente. Na impossibilidade do servidor comunicar o acidente sofrido, qualquer um de seus familiares poderá fazê-lo;

4. Após o atendimento médico, a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) deverá ser realizada mediante a plataforma interna de atendimento digital (**Solar BPM-Softplan**). Por esta plataforma, mediante o processo “CAT”, deverão ser enviados o **formulário** da CAT devidamente preenchido pela chefia imediata do servidor,



**PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPEVI**  
**SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO E TECNOLOGIA**  
Rua Isola Belli Leonardi, 08 – Vila Nova | Itapevi | São Paulo | CEP: 06694-110  
Tel.: (11) 4143-7500 | [sec.administracao@itapevi.sp.gov.br](mailto:sec.administracao@itapevi.sp.gov.br)

juntamente com a cópia da **ficha de atendimento médico ou do SAMU** e do **boletim de ocorrência** para registro do acidente. Na hipótese da ficha de atendimento médico não ser disponibilizada de imediato pela Unidade de Saúde, a CAT deverá ser aberta mediante o envio do comprovante de solicitação da ficha.

**OBS.:** Caso tenha sido emitido **atestado médico e realizado exames adicionais**, cópias de tais documentos deverão ser enviados **juntamente** com o **formulário** de abertura de CAT, **ficha de atendimento médico e boletim de ocorrência**.

**DOENÇA OCUPACIONAL:**

1. Procurar o atendimento médico e solicitar uma **cópia da ficha de atendimento**;

2. Após o atendimento médico, a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) deverá ser realizada mediante a plataforma interna de atendimento digital (**Solar BPM-Softplan**). Por esta plataforma, mediante o processo “CAT”, deverão ser enviados o **formulário** da CAT devidamente preenchido pela chefia imediata do servidor, juntamente com a cópia da **ficha de atendimento médico ou do SAMU** para registro da doença. Na hipótese da ficha de atendimento médico não ser disponibilizada de imediato pela Unidade de Saúde, a CAT deverá ser aberta mediante o envio do comprovante de solicitação da ficha.

3. Caso tenha sido emitido **atestado médico e realizado exames adicionais**, cópias de tais documentos deverão ser enviados **juntamente** com o **formulário** de abertura de CAT, **ficha de atendimento médico e lista de atividades desempenhadas**.

**III - PRAZO:**

O tempo máximo para registro da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) junto ao Departamento de Medicina e Saúde do Servidor - DMSS é de **até o 1º (primeiro) dia útil seguinte ao da ocorrência**.

**Obs:** O médico do trabalho do DMSS poderá solicitar documentações adicionais e avaliação clínica presencial para o estabelecimento donexo causal.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPEVI**

**SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO E TECNOLOGIA**

Rua Isola Belli Leonardi, 08 – Vila Nova | Itapevi | São Paulo | CEP: 06694-110

Tel.: (11) 4143-7500 | [sec.administracao@itapevi.sp.gov.br](mailto:sec.administracao@itapevi.sp.gov.br)

**IV - CAMPOS DE PREENCHIMENTO:**

**Atenção! Todos os campos deverão ser adequadamente preenchidos.**

Campo 1. **Nome** - informar o nome completo do servidor, sem abreviaturas.

Campo 2. **Data de nascimento** - informar a data completa de nascimento do servidor, utilizando quatro dígitos para o ano. Exemplo: 16/11/1960.

Campo 3. **Sexo** - informar masculino ou feminino.

Campo 4. **Estado civil** - informar solteiro, casado, viúvo, separado, divorciado, outros.

Campo 5. **RE** - informar o número de Registro de Empregado.

Campo 6. **CPF** - informar o número do CPF do servidor.

Campo 7. **Função** - informar o nome da ocupação exercida pelo servidor.

Campo 8. **Endereço** - informar o endereço completo do servidor.

Campo 9. **Bairro** - informar o bairro do endereço do servidor.

Campo 10. **CEP** - informar o CEP atualizado do endereço do servidor. Em caso de dúvidas, consultar no site dos Correios.

Campo 11. **Município** - informar o município de residência do servidor.

Campo 12. **UF** - informar o Estado em que o servidor reside.

Campo 13. **Telefone** - informar o número do telefone do servidor, com o código DDD do município.

Campo 14. **E-mail** - informar endereço de e-mail do servidor.

Campo 15. **Local de Trabalho** - informar o local de trabalho do servidor.

Campo 16. **Secretaria** - informar a Secretaria do servidor.

Campo 17. **Regime de Trabalho** – informar se o servidor é Efetivo, Comissionado, trabalha em regime CLT ou outro cargo.

Campo 18. **Data de Admissão** – informar a data de início do trabalho do servidor.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPEVI**

**SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO E TECNOLOGIA**

Rua Isola Belli Leonardi, 08 – Vila Nova | Itapevi | São Paulo | CEP: 06694-110

Tel.: (11) 4143-7500 | [sec.administracao@itapevi.sp.gov.br](mailto:sec.administracao@itapevi.sp.gov.br)

**Campo 19. Data do acidente** - informar a data em que o acidente ocorreu. A data deverá ser completa. Exemplo: 25/10/2022.

**Campo 20. Hora do acidente** - informar a hora da ocorrência do acidente, utilizando quatro dígitos (Exemplo: 09:35).

**Campo 21. Após quantas horas de trabalho?** – informar o número de horas decorridas desde o início da jornada de trabalho até o momento do acidente. No caso de doença ocupacional e acidente de trajeto, o campo deverá ficar em branco.

**Campo 22. Horário de Trabalho** – informar a jornada de trabalho do servidor. Exemplo: das 08:00 às 17:00.

**Campo 23. Tipo** - assinalar o campo que especifica o tipo de acidente, sendo:

- Típico - refere-se ao ocorrido no horário de realização das atividades de trabalho do servidor na prefeitura ou à serviço dela;
- Trajeto - quando no percurso de ida ao trabalho / retorno a residência, desde que seja no trajeto habitual, sem desvios: ou
- Doença - quando se tratar de doença do trabalho, diagnosticada pelo médico assistente e ratificada pelo médico do trabalho.

**Campo 24. Último dia Trabalhado** – informar o último dia trabalhado do servidor. Por exemplo, se o acidente for típico, ou seja, ocorrer no horário de trabalho do servidor, o último dia preenchido seria o mesmo dia de trabalho ainda que a jornada não tenha sido completa, caso o acidente seja de trajeto, o último dia deverá ser o dia anterior ao acidente.

**Campo 25. Local do Acidente** - informar o local onde ocorreu o acidente, com endereço completo.

**Campo 26. Houve Afastamento?** - Informar se houve ou não afastamento do trabalho e, no mesmo campo, informar quantos dias de afastamento..



**PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPEVI**

**SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO E TECNOLOGIA**

Rua Isola Belli Leonardi, 08 – Vila Nova | Itapevi | São Paulo | CEP: 06694-110

Tel.: (11) 4143-7500 | [sec.administracao@itapevi.sp.gov.br](mailto:sec.administracao@itapevi.sp.gov.br)

**Campo 27. Especificação do local do acidente** - informar de maneira clara e precisa o local onde ocorreu o acidente. Exemplo: pátio, rampa de acesso, posto de trabalho, nome da rua, etc.

- nome do estabelecimento da prefeitura;
- local do trabalho externo a serviço da prefeitura;
- nome da rua e bairro ;
- outros.

**Campo 28. Trajeto usual do servidor** - informar de maneira clara e precisa o percurso da residência para o local de trabalho ou deste para aquela. Exemplos:

**Campo 29. Meio de locomoção utilizado pelo segurado quando sofreu o acidente** - informar o meio de locomoção, qualquer que seja, inclusive veículo de propriedade do servidor.

**Campo 30. Houve alteração / mudança de trajeto** – assinalar “sim” ou “não”.

**Campo 31. Caso positivo, explique os motivos** - tratando-se de acidente de trajeto, informar se o percurso foi ou não alterado ou interrompido por motivos alheios. Justificar o motivo do desvio.

Obs.: Só preencher no caso de constar (Sim) no Campo 30.

**Campo 32. Parte(s) do corpo atingida(s)** - para acidente do trabalho - deverá ser informada a parte do corpo diretamente atingida - direito ou esquerdo ou ambos - pelo agente causador, seja externa ou internamente. Para doenças profissionais, do trabalho, ou equiparadas informar o órgão ou sistema lesionado.

- para acidente de trabalho deverá ser informada a parte do corpo diretamente atingida pelo agente causador, seja externa ou internamente;
- para doenças profissionais, o item será preenchido pelo médico do trabalho.

**Campo 33. Agente causador** - informar o agente diretamente relacionado ao acidente, podendo ser máquina, equipamento ou ferramenta, produtos químicos, agentes físicos



**PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPEVI**

**SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO E TECNOLOGIA**

Rua Isola Belli Leonardi, 08 – Vila Nova | Itapevi | São Paulo | CEP: 06694-110

Tel.: (11) 4143-7500 | [sec.administracao@itapevi.sp.gov.br](mailto:sec.administracao@itapevi.sp.gov.br)

ou biológicos. Pode ainda ser consignada uma situação específica como queda, choque elétrico, atropelamento, queimadura, etc..

**Campo 34. Descrição da situação geradora do acidente ou doença - **DESCREVER DETALHADAMENTE**** a situação ou a atividade de trabalho desenvolvida pelo acidentado e por outros diretamente relacionados ao acidente no momento da ocorrência do evento. Tratando-se de acidente de trajeto, especificar o deslocamento e informar se o percurso foi ou não alterado ou interrompido por motivos alheios ao trabalho.

No caso de doença ocupacional, o item será preenchido pelo médico do trabalho.

**Campo 35. Houve registro policial?** – informar se houve ou não registro policial. No caso de constar (SIM), deverá ser encaminhada cópia do documento, juntamente com a CAT preenchida.

**Campo 36. Houve morte?** – o campo deverá constar SIM sempre que tenha havido morte em tempo anterior ao do preenchimento da CAT, independentemente de ter ocorrido na hora ou após o acidente.

**Campo 37 ao 42. Testemunha I** - Informar o nome, telefone, e-mail, CPF e função da testemunha que tenha presenciado o acidente ou que primeiro tenham tomado ciência do fato, bem como o motivo de estar no local devidamente assinado(s) pela (s) mesma(s).

**Campo 43 ao 48. Testemunha II** - informar o nome, telefone, e-mail, CPF e função da testemunha que tenha presenciado o acidente ou que primeiro tenham tomado ciência do fato, bem como o motivo de estar no local devidamente assinado(s) pela(s) mesma(s).

**Campo 49 ao 55. Chefia Imediata** - informar o nome, secretaria, telefone, e-mail, CPF e função da chefia imediata que tenha presenciado o acidente ou que primeiro tenham tomado ciência do fato, bem como o motivo de estar no local devidamente assinado pela mesma.