



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

COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO - CAT			Nº
I- IDENTIFICAÇÃO DO ACIDENTADO			
1- Nome:			
2- Data de nascimento:		3- Sexo: () M () F	4- Estado Civil:
5- RE:	6-CPF:	7- Função:	
8- Endereço:			
9- Bairro:			
10- CEP:	11- Município:		12- UF:
13- Telefone: ()		14- E-mail:	
15- Local de Trabalho:			
16- Secretaria:			
17- Regime de Trabalho: () Efetivo () Comissionado () CLT () Outros Qual? _____			18- Data de Admissão:
II- ACIDENTE OU DOENÇA			
19- Data do Acidente:		20- Hora do Acidente:	
21- Após quantas horas de trabalho?		22- Horário de Trabalho:	
23- Tipo: () Típico () Trajeto () Doença		24- Último dia trabalhado:	
25- Local do Acidente:			
26- Houve Afastamento: () Sim () Não Em caso positivo, informar quantos dias:			
27- Especificação do Local do Acidente:			
Obs: Preencher os campos 28 a 31 somente em caso de acidente de Trajeto			
28- Trajeto usual do servidor:			
29- Meio de locomoção utilizado pelo servidor quando sofreu o acidente:			
30- Houve alteração/mudança de trajeto? () Sim () Não			
31- Caso positivo, explique os motivos:			
32- Parte do corpo atingida:			
33- Agente Causador:			
34- Descrição da situação geradora do acidente:			
35- Houve registro policial? () Sim () Não		36- Houve morte? () Sim () Não	
_____		_____	
Local e Data		Assinatura 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

III-TESTEMUNHAS

TESTEMUNHA I

37- Nome:

38- Telefone: ()

39- E-mail:

40- CPF:

41- Função:

42- () Estava no local no momento do acidente

43- () Presenciou o acidente

44- () Ajudou a socorrer a vítima do acidente

45- () Trabalha no mesmo local do funcionário

Local e Data

Assinatura da testemunha I

TESTEMUNHA II

46- Nome:

47- Telefone: ()

48- E-mail:

49- CPF:

50- Função:

51- () Estava no local no momento do acidente?

52- () Presenciou o acidente?

53- () Ajudou a socorrer a vítima do acidente?

54- () Trabalha no mesmo local do funcionário?

Local e Data

Assinatura da testemunha II

IV-CHEFIA IMEDIATA

55- Nome:

56- Secretaria:

57- Telefone: ()

58- E-mail:

59- CPF:

60- Função:

61- () Estava no local no momento do acidente?

62- () Presenciou o acidente?

63- () Ajudou a socorrer a vítima do acidente?

64- () Trabalha no mesmo local do funcionário?

65- Foi informado do fato, em caso positivo, por quem?

Local e Data

Assinatura da chefia

NOTA: A FALSIFICAÇÃO DE DOCUMENTOS MÉDICOS (ATESTADOS) E A INEXATIDÃO DAS DECLARAÇÕES DA COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO (CAT) ACARRETERÁ NA APLICAÇÃO DAS PENALIDADES CABÍVEIS.