



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPEVI

SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO

Rua. Isola Belli Leonardi, 08 – Vila Nova Itapevi | São Paulo | CEP: 06694-000

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**

Rua. Isola Belli Leonardi, 08 – Vila Nova Itapevi | São Paulo | CEP: 06694-000

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- Secretária:****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) ACARRETARÁ NA APLICAÇÃO DAS PENALIDADES CABÍVEIS.**