



## 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
<b>I- IDENTIFICAÇÃO DO ACIDENTADO</b>		
1- Nome:		
2- Data de nascimento:		3- Sexo: ( ) M ( ) F
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: <input type="checkbox"/> Efetivo <input type="checkbox"/> Comissionado <input type="checkbox"/> CLT <input type="checkbox"/> Outros Qual? _____		18- Data de Admissão:
<b>II- ACIDENTE OU DOENÇA</b>		
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- 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) ACARRETARÁ NA APLICAÇÃO DAS PENALIDADES CABÍVEIS.