



**SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA E SEGURANÇA DO  
TRABALHO DIVISÃO DE SEGURANÇA DO TRABALHO**

**MANUAL DE PREENCHIMENTO DA  
COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DE  
TRABALHO  
- CAT**



## **Apresentação**

Este manual, elaborado pela equipe do Departamento de Medicina e Segurança do Trabalho - Divisão de Segurança do Trabalho, da Prefeitura Municipal de Santana de Parnaíba, tem por finalidade assegurar o correto preenchimento da Comunicação de Acidente do Trabalho – CAT.

A Lei Complementar Nº34, de 25 de maio de 2011, que Dispõe sobre o Estatuto Dos Servidores Públicos do Município de Santana de Parnaíba, diz:

*“Art. 101. Configura acidente de trabalho o dano físico ou mental sofrido pelo servidor em seu ambiente de trabalho.*

*Parágrafo Único – Equipara-se ao acidente de trabalho o dano:*

- I. Decorrente de agressão sofrida e não provocada pelo servidor no exercício do cargo;*
- II. Sofrido no percurso de residência para o trabalho e vice-versa.”*

Acidente de trabalho, segundo a definição legal, é aquele que ocorre pelo exercício normal do trabalho, a serviço da prefeitura, provocando lesão corporal, perturbação funcional ou doença que cause a morte, perda ou redução permanente ou temporária da capacidade para o trabalho.

A Comunicação de Acidente de Trabalho - CAT é um documento que deve ser emitido quando o servidor sofrer acidente de trabalho.

Vale ressaltar a importância da comunicação do acidente de trabalho, principalmente o completo e exato preenchimento do formulário, tendo em vista as informações nele contidas, não apenas dos pontos de vista previdenciário, estatístico e epidemiológico, mas também trabalhista e social.

## **Tipos de acidentes de trabalho**

Os acidentes de trabalho dividem-se em:

- **Acidente Típico:** É aquele que ocorre pelo desenvolvimento do trabalho, na própria 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.
- **Doença ocupacional:** É aquela causada pelo tipo de trabalho ou pelas condições do ambiente de trabalho.

### **Procedimentos a serem tomados em caso de acidente de trabalho Acidente Típico:**

- Encaminhar o acidentado ao hospital ou outra unidade de saúde para atendimento médico;
- Em casos de acidente com lesões que não permitam a locomoção do acidentado, entrar em contato com o CORPO DE BOMBEIROS – FONE 193;
- Comunicar ao DMST – Departamento de Medicina e Segurança do Trabalho imediatamente dando informações sobre a gravidade do acidente;
- Após o atendimento no hospital/outra unidade de saúde, o local de trabalho do servidor acidentado deverá encaminhar o modelo de CAT totalmente preenchido, bem como o atestado médico, se houver, para o e-mail: [sma.medicina.atestado@santanadeparnaiba.sp.gov.br](mailto:sma.medicina.atestado@santanadeparnaiba.sp.gov.br). O DMST responderá o e-mail, com as orientações quanto aos procedimentos a serem seguidos.

### **Acidente de Trajeto:**

- Procurar o atendimento médico de imediato;
- Em casos de acidente com lesões que não permitam a locomoção do acidentado, entrar em contato com o CORPO DE BOMBEIROS – FONE 193.
- Comunicar a chefia ou à DMST imediatamente dando informações sobre a gravidade do acidente;
- Em caso do mesmo ser acidente de trânsito, providenciar o Boletim de Ocorrência;
- Após o atendimento no hospital/outra unidade de saúde, o local de trabalho do servidor acidentado deverá encaminhar o modelo de CAT totalmente preenchido, bem como o atestado médico, se houver, para o e-mail: [sma.medicina.atestado@santanadeparnaiba.sp.gov.br](mailto:sma.medicina.atestado@santanadeparnaiba.sp.gov.br). O DMST responderá o e-mail com as orientações quanto aos procedimentos a serem seguidos



### **Doença Ocupacional:**

- O servidor deve abrir protocolo no Protocolo Geral, localizado na Av. Mal. Mascarenhas de Moraes, 1283 - Sítio do Morro, Santana de Parnaíba - SP, 06517-520, contendo: uma justificativa para o pedido, com a data de início dos sintomas; relatório de acidente do trabalho, relatório médico contendo CID e prospecto do tratamento; cópia dos exames já realizados;
- Passar por consulta com Médico do Trabalho para análise e verificação se existe nexos causal entre a doença e o trabalho. O servidor deverá trazer laudo médico e exames atualizados da doença;
- **Obs:** O médico do trabalho poderá solicitar mais documentações que achar necessárias, além de exames e relatórios médicos que sejam fundamentais para estabelecer o nexos causal entre o trabalho do servidor e a doença apresentada pelo mesmo.
- Após reconhecimento da Doença Ocupacional, o servidor deverá comparecer ao DMST para abertura da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT).

### **Preenchimento do formulário da CAT**

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

Campo 2. **Nome da mãe** – informar o nome completo da mãe do servidor, sem abreviaturas.

Campo 3. **Data de nascimento** – informar a data completa de nascimento do servidor, utilizando quatro dígitos para o ano. Exemplo: 16/11/1960.

Campo 4. **Sexo** - informar masculino ou feminino.

Campo 5. **Estado civil** - informar solteiro, casado, viúvo, separado, divorciado, outros.



Campo 6. **CPF** – Informar o número do CPF do servidor.

Campo 7. **Endereço do servidor** – informar o endereço completo do servidor.

Campo 8. **Bairro do servidor** – informar o bairro do endereço do servidor.

Campo 9. **CEP do servidor** – informar o CEP atualizado do endereço do servidor.  
Em caso de dúvidas, consultar no site dos Correios.

Campo 10. **Município do servidor** – informar o município de residência do servidor.

Campo 11. **UF do servidor** – informar a Unidade da Federação do endereço do servidor.

Campo 12. **Telefone do servidor** – informar o número do telefone do servidor, com o código DDD do município.

Campo 13. **Cargo** – informar o nome da ocupação exercida pelo servidor.

Campo 14. **Prontuário** – informar o número de registro do servidor.

Campo 15. **Lotação** – Informar a Secretaria e o local de trabalho do servidor.

Campo 16. **Aposentado?** – informar "sim" ou "não".

Campo 17. **Data do acidente** – informar a data em que o acidente ocorreu. A data deverá ser completa. Exemplo: 23/11/2012.

Campo 18. **Hora do acidente** – informar a hora da ocorrência do acidente, utilizando quatro dígitos (Exemplo: 10:45).

Campo 19. **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 20. **Tipo de CAT** – assinalar o campo que especifica o tipo de acidente, sendo:

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

Campo 21. **Houve afastamento?** – informar se houve ou não afastamento do trabalho.

Campo 22. **Último dia trabalhado** – informar a data do último dia em que efetivamente houve trabalho do servidor, ainda que a jornada não tenha sido completa. Ex.: 23/11/2014.

**Obs.: Só preencher no caso de constar (Sim) no Campo 21.**

Campo 23. **Local do acidente** – informar o local onde ocorreu o acidente, sendo:

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

Campo 24. **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, sala de aula, cozinha, altura do número da via pública, etc).

Campo 25. **Trajeto usual do servidor** – Informar de maneira clara e precisa o percurso da residência para o local de trabalho ou deste para aquela. Exemplos:

- 1- Ônibus 418 (Pirapora-Barueri), embarque na Estrada dos Romeiros e desembarque na Praça da Bandeira.
- 2- A pé: Avenida Botafogo nº 50, Avenida Copacabana e Rua Suzana Dias nº 65.



Campo 26. **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 27- **Houve alteração / mudança de trajeto** – assinalar “sim” ou “não”.

Campo 28. **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 27.**

Campo 29. **Parte(s) do corpo atingida(s):**

- 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 30. **Agente causador** – informar o agente diretamente relacionado ao acidente, podendo ser máquina, equipamento ou ferramenta, como uma roçadeira, prensa, utensílios de cozinha, produtos químicos, agentes físicos ou biológicos. Pode ainda ser consignada uma situação específica como: queda, choque elétrico, queimadura, atropelamento, etc..

Campo 31. **Descrição da situação geradora do acidente ou doença** - descrever a situação ou a atividade de trabalho desenvolvida pelo servidor e por outros diretamente relacionados ao acidente. No caso de doença ocupacional, o item será preenchido pelo médico do trabalho.

Campo 32. **Houve registro policial (B.O. / T.C.)?** – informar se houve ou não registro policial. No caso de constar (**SIM**), deverá ser encaminhada cópia do documento, juntamente com a CAT preenchida.

Campo 33. **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 34 ao 49. **Testemunhas** - informar o nome, endereço, bairro, CEP, município, UF e telefone completo de pelo menos uma testemunha que tenha presenciado o acidente ou que primeiro tenha tomado ciência do fato, devidamente assinado(s) pela (s) mesma(s).

Campo 50- **Data de emissão da CAT** - deverá constar a data, o nome do emissor/responsável pelo setor por extenso / departamento, com a devida assinatura e carimbo.

Campos 51 ao 60- **Devem ser preenchidos pelo médico do trabalho.**