

# Manual da CAT

Comunicação de Acidente de Trabalho



O QUE É UM ACIDENTE DE  
TRABALHO?





Acidente do trabalho é aquele que ocorre no exercício das funções a serviço da empresa, no caso, o Estado,

provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause morte, perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho.

E A DOENÇA OCUPACIONAL?



A doença ocupacional é equiparada ao acidente do trabalho,

mas depende de investigação em medicina do trabalho e engenharia de segurança do trabalho.



**COMO INFORMAR UM  
ACIDENTE DE TRABALHO?**





“

A informação do Acidente de Trabalho é formalizada por um documento chamado CAT.

”



CAT é a sigla para COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DO TRABALHO.



Esta é a CAT!


A CAT está disponível em Manuais e Formulários, no Portal de Recursos Humanos da Secretaria de Administração e da Previdência.

Acesse clicando [aqui](#).



ENTÃO, COMO PREENCHER A  
CAT?



**Secretaria de Estado da Administração e da Previdência**  
**Divisão de Medicina e Saúde Ocupacional**  
**Comunicação de Acidente de Trabalho - Servidor Estatutário**

**1. IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR**  
Nome: \_\_\_\_\_  
RG: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) F ( ) M Idade: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_  
Cargo: \_\_\_\_\_  
Função Exercida: \_\_\_\_\_

**2. RESIDÊNCIA**  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
Município: \_\_\_\_\_ Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**3. ESCOLARIDADE**  
( ) Alfabetizado ( ) 2º Grau Incompleto ( ) Superior  
( ) 1º Grau Incompleto ( ) 2º Grau Completo ( ) Pós-graduação  
( ) 1º Grau Completo

**4. IDENTIFICAÇÃO DO ÓRGÃO**  
Órgão: \_\_\_\_\_  
Unidade Administrativa: \_\_\_\_\_  
Município: \_\_\_\_\_ Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**5. INFORMAÇÕES SOBRE O ACIDENTE**  
Data do Acidente: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora do Acidente: \_\_\_\_:\_\_\_\_ horas.  
Número de horas trabalhadas no dia, até o acidente: \_\_\_\_ horas.  
( ) Com Afastamento ( ) Sem Afastamento ( ) Com Óbito

**6. TIPO DO ACIDENTE**  
( ) Típico (no trabalho) ( ) Trajeto ( ) Doença Profissional  
( casa / trabalho; trabalho / casa) (competência exclusiva da DIMS)

**7. DESCRIÇÃO DO ACIDENTE** (Preenchimento obrigatório pelo SESMT ou Chefia imediata)

**8. PARTE(S) DO CORPO ATINGIDA(S)**  
( ) Cabeça (exceto olhos) ( ) Mãos  
( ) Olhos ( ) Membros Inferiores  
( ) Tronco ( ) Sistemas e Aparelhos  
( ) Membros Superiores (exceto mãos) ( ) Múltiplas partes

A Comunicação de Acidente de Trabalho deve ser encaminhada à DIMS no prazo máximo de 24 horas da ocorrência do acidente.



## 1º: Preencher seus DADOS PESSOAIS

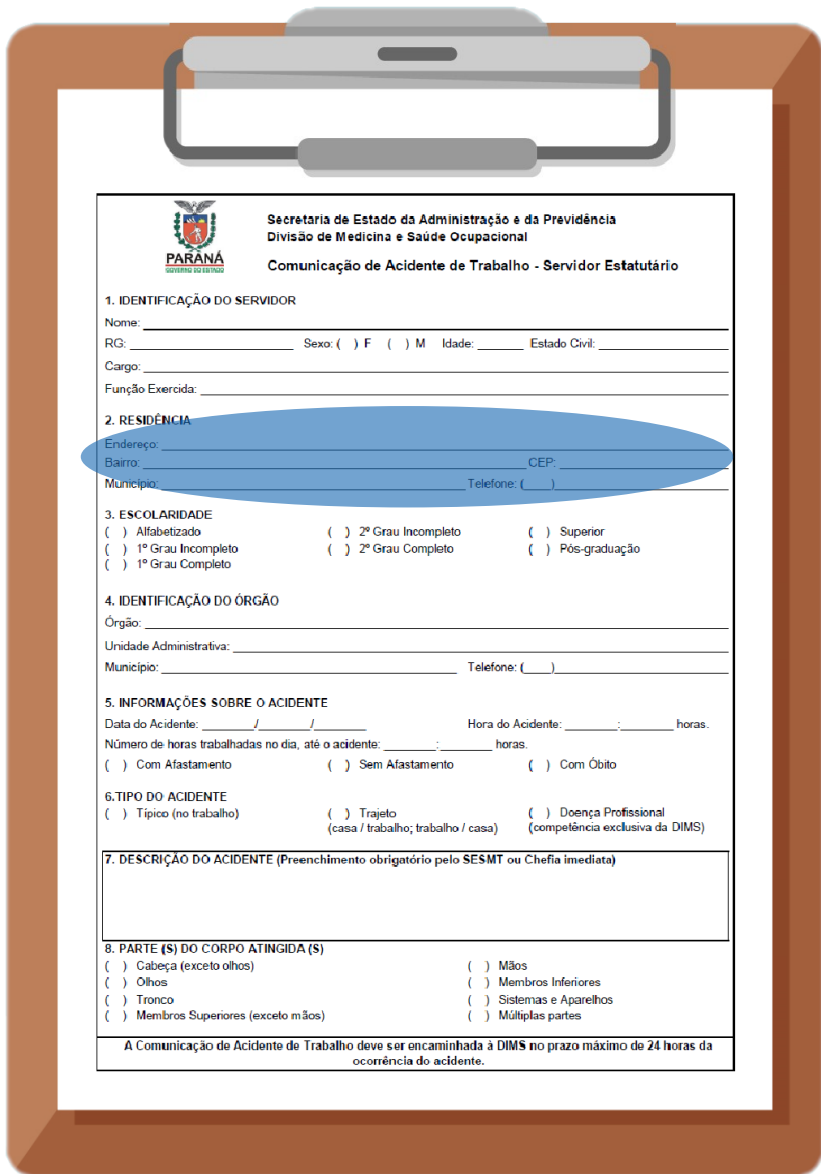
### 1. IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR


Nome: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) F ( ) M Idade: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

Função Exercida: \_\_\_\_\_





Secretaria de Estado da Administração e da Previdência  
Divisão de Medicina e Saúde Ocupacional  
Comunicação de Acidente de Trabalho - Servidor Estatutário

**1. IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR**  
Nome: \_\_\_\_\_  
RG: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) F ( ) M Idade: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_  
Cargo: \_\_\_\_\_  
Função Exercida: \_\_\_\_\_

**2. RESIDÊNCIA**  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
Município: \_\_\_\_\_ Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**3. ESCOLARIDADE**  
( ) Alfabetizado ( ) 2º Grau Incompleto ( ) Superior  
( ) 1º Grau Incompleto ( ) 2º Grau Completo ( ) Pós-graduação  
( ) 1º Grau Completo

**4. IDENTIFICAÇÃO DO ÓRGÃO**  
Órgão: \_\_\_\_\_  
Unidade Administrativa: \_\_\_\_\_  
Município: \_\_\_\_\_ Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**5. INFORMAÇÕES SOBRE O ACIDENTE**  
Data do Acidente: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora do Acidente: \_\_\_\_:\_\_\_\_ horas.  
Número de horas trabalhadas no dia, até o acidente: \_\_\_\_ horas.  
( ) Com Afastamento ( ) Sem Afastamento ( ) Com Óbito

**6. TIPO DO ACIDENTE**  
( ) Típico (no trabalho) ( ) Trajeto ( ) Doença Profissional  
( casa / trabalho; trabalho / casa) (competência exclusiva da DIMS)

**7. DESCRIÇÃO DO ACIDENTE** (Preenchimento obrigatório pelo SESMT ou Chefia imediata)

**8. PARTE(S) DO CORPO ATINGIDA(S)**  
( ) Cabeça (exceto olhos) ( ) Mãos  
( ) Olhos ( ) Membros Inferiores  
( ) Tronco ( ) Sistemas e Aparelhos  
( ) Membros Superiores (exceto mãos) ( ) Múltiplas partes

**A Comunicação de Acidente de Trabalho deve ser encaminhada à DIMS no prazo máximo de 24 horas da ocorrência do acidente.**



## 2º: Preencher seu ENDEREÇO RESIDENCIAL

### 2. RESIDÊNCIA

Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_ Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**PARANÁ**  
GOVERNO DO ESTADO

Secretaria de Estado da Administração e da Previdência  
Divisão de Medicina e Saúde Ocupacional  
Comunicação de Acidente de Trabalho - Servidor Estatutário

**1. IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR**  
Nome: \_\_\_\_\_  
RG: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) F ( ) M Idade: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_  
Cargo: \_\_\_\_\_  
Função Exercida: \_\_\_\_\_

**2. RESIDÊNCIA**  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
Município: \_\_\_\_\_ Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**3. ESCOLARIDADE**  
( ) Alfabetizado ( ) 2º Grau Incompleto ( ) Superior  
( ) 1º Grau Incompleto ( ) 2º Grau Completo ( ) Pós-graduação  
( ) 1º Grau Completo

**4. IDENTIFICAÇÃO DO ÓRGÃO**  
Órgão: \_\_\_\_\_  
Unidade Administrativa: \_\_\_\_\_  
Município: \_\_\_\_\_ Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**5. INFORMAÇÕES SOBRE O ACIDENTE**  
Data do Acidente: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora do Acidente: \_\_\_\_:\_\_\_\_ horas.  
Número de horas trabalhadas no dia, até o acidente: \_\_\_\_ horas.  
( ) Com Afastamento ( ) Sem Afastamento ( ) Com Óbito

**6. TIPO DO ACIDENTE**  
( ) Típico (no trabalho) ( ) Trajeto ( ) Doença Profissional  
(casa / trabalho; trabalho / casa) (competência exclusiva da DIMS)

**7. DESCRIÇÃO DO ACIDENTE** (Preenchimento obrigatório pelo SESMT ou Chefia imediata)

**8. PARTE (S) DO CORPO ATINGIDA (S)**  
( ) Cabeça (exceto olhos) ( ) Mãos  
( ) Olhos ( ) Membros Inferiores  
( ) Tronco ( ) Sistemas e Aparelhos  
( ) Membros Superiores (exceto mãos) ( ) Múltiplas partes

A Comunicação de Acidente de Trabalho deve ser encaminhada à DIMS no prazo máximo de 24 horas da ocorrência do acidente.



**3º: Marcar “X” no seu GRAU DE INSTRUÇÃO ou FORMAÇÃO**

**3. ESCOLARIDADE**

- |                        |                        |                   |
|------------------------|------------------------|-------------------|
| ( ) Alfabetizado       | ( ) 2º Grau Incompleto | ( ) Superior      |
| ( ) 1º Grau Incompleto | ( ) 2º Grau Completo   | ( ) Pós-graduação |
| ( ) 1º Grau Completo   |                        |                   |

**PARANÁ**  
GOVERNO DO ESTADO

Secretaria de Estado da Administração e da Previdência  
Divisão de Medicina e Saúde Ocupacional  
Comunicação de Acidente de Trabalho - Servidor Estatutário

**1. IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR**  
Nome: \_\_\_\_\_  
RG: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) F ( ) M Idade: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_  
Cargo: \_\_\_\_\_  
Função Exercida: \_\_\_\_\_

**2. RESIDÊNCIA**  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
Município: \_\_\_\_\_ Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**3. ESCOLARIDADE**  
( ) Alfabetizado ( ) 2º Grau Incompleto ( ) Superior  
( ) 1º Grau Incompleto ( ) 2º Grau Completo ( ) Pós-graduação  
( ) 1º Grau Completo

**4. IDENTIFICAÇÃO DO ÓRGÃO**  
Órgão: \_\_\_\_\_  
Unidade Administrativa: \_\_\_\_\_  
Município: \_\_\_\_\_ Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**5. INFORMAÇÕES SOBRE O ACIDENTE**  
Data do Acidente: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora do Acidente: \_\_\_\_:\_\_\_\_ horas.  
Número de horas trabalhadas no dia, até o acidente: \_\_\_\_ horas.  
( ) Com Afastamento ( ) Sem Afastamento ( ) Com Óbito

**6. TIPO DO ACIDENTE**  
( ) Típico (no trabalho) ( ) Trajeto ( ) Doença Profissional  
(casa / trabalho; trabalho / casa) (competência exclusiva da DIMS)

**7. DESCRIÇÃO DO ACIDENTE** (Preenchimento obrigatório pelo SESMT ou Chefia imediata)

**8. PARTE (S) DO CORPO ATINGIDA (S)**  
( ) Cabeça (exceto olhos) ( ) Mãos  
( ) Olhos ( ) Membros Inferiores  
( ) Tronco ( ) Sistemas e Aparelhos  
( ) Membros Superiores (exceto mãos) ( ) Múltiplas partes

A Comunicação de Acidente de Trabalho deve ser encaminhada à DIMS no prazo máximo de 24 horas da ocorrência do acidente.



## 4º: Preencher seu LOCAL DE TRABALHO E TELEFONE COMERCIAL

### 4. IDENTIFICAÇÃO DO ÓRGÃO

Órgão: Qual órgão estadual?

Unidade Administrativa: Qual departamento?

Município: Qual cidade? Telefone: (DDD) Telefone comercial

**PARANÁ**  
GOVERNO DO ESTADO

Secretaria de Estado da Administração e da Previdência  
Divisão de Medicina e Saúde Ocupacional  
Comunicação de Acidente de Trabalho - Servidor Estatutário

**1. IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR**  
Nome: \_\_\_\_\_  
RG: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) F ( ) M Idade: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_  
Cargo: \_\_\_\_\_  
Função Exercida: \_\_\_\_\_

**2. RESIDÊNCIA**  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
Município: \_\_\_\_\_ Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**3. ESCOLARIDADE**  
( ) Alfabetizado ( ) 2º Grau Incompleto ( ) Superior  
( ) 1º Grau Incompleto ( ) 2º Grau Completo ( ) Pós-graduação  
( ) 1º Grau Completo

**4. IDENTIFICAÇÃO DO ÓRGÃO**  
Órgão: \_\_\_\_\_  
Unidade Administrativa: \_\_\_\_\_  
Município: \_\_\_\_\_ Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**5. INFORMAÇÕES SOBRE O ACIDENTE**  
Data do Acidente: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora do Acidente: \_\_\_\_:\_\_\_\_ horas.  
Número de horas trabalhadas no dia, até o acidente: \_\_\_\_ horas. \* Quantas horas trabalhou até o acidente?  
( ) Com Afastamento ( ) Sem Afastamento ( ) Com Óbito

**6. TIPO DO ACIDENTE**  
( ) Típico (no trabalho) ( ) Trajeto ( ) Doença Profissional  
( casa / trabalho; trabalho / casa) (competência exclusiva da DIMS)

**7. DESCRIÇÃO DO ACIDENTE** (Preenchimento obrigatório pelo SESMT ou Chefia imediata)

**8. PARTE(S) DO CORPO ATINGIDA(S)**  
( ) Cabeça (exceto olhos) ( ) Mãos  
( ) Olhos ( ) Membros Inferiores  
( ) Tronco ( ) Sistemas e Aparelhos  
( ) Membros Superiores (exceto mãos) ( ) Múltiplas partes

A Comunicação de Acidente de Trabalho deve ser encaminhada à DIMS no prazo máximo de 24 horas da ocorrência do acidente.



## 5º: Preencher DATA e HORA do ACIDENTE

### 5. INFORMAÇÕES SOBRE O ACIDENTE

Data do Acidente: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Hora do Acidente: \_\_\_\_:\_\_\_\_ horas.

Número de horas trabalhadas no dia, até o acidente: \_\_\_\_ horas. \* Quantas horas trabalhou até o acidente?


( ) Com Afastamento

( ) Sem Afastamento

( ) Com Óbito

\* Marcar "X" se houve afastamento, ou não



 **Secretaria de Estado da Administração e da Previdência**  
**Divisão de Medicina e Saúde Ocupacional**  
**Comunicação de Acidente de Trabalho - Servidor Estatutário**

1. IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR  
Nome: \_\_\_\_\_  
RG: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) F ( ) M Idade: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_  
Cargo: \_\_\_\_\_  
Função Exercida: \_\_\_\_\_

2. RESIDÊNCIA  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
Município: \_\_\_\_\_ Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

3. ESCOLARIDADE  
( ) Alfabetizado ( ) 2º Grau Incompleto ( ) Superior  
( ) 1º Grau Incompleto ( ) 2º Grau Completo ( ) Pós-graduação  
( ) 1º Grau Completo

4. IDENTIFICAÇÃO DO ÓRGÃO  
Órgão: \_\_\_\_\_  
Unidade Administrativa: \_\_\_\_\_  
Município: \_\_\_\_\_ Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

5. INFORMAÇÕES SOBRE O ACIDENTE  
Data do Acidente: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora do Acidente: \_\_\_\_\_ horas.  
Número de horas trabalhadas no dia, até o acidente: \_\_\_\_\_ horas.  
( ) Com Afastamento ( ) Sem Afastamento ( ) Com Óbito

6. TIPO DO ACIDENTE  
( ) Típico (no trabalho) ( ) Trajeto ( ) Doença Profissional  
( casa / trabalho; trabalho / casa) (competência exclusiva da DIMS)

7. DESCRIÇÃO DO ACIDENTE (Preenchimento obrigatório pelo SESMT ou Chefia imediata)

8. PARTE(S) DO CORPO ATINGIDA(S)  
( ) Cabeça (exceto olhos) ( ) Mãos  
( ) Olhos ( ) Membros Inferiores  
( ) Tronco ( ) Sistemas e Aparelhos  
( ) Membros Superiores (exceto mãos) ( ) Múltiplas partes

A Comunicação de Acidente de Trabalho deve ser encaminhada à DIMS no prazo máximo de 24 horas da ocorrência do acidente.



**7º: NÃO PREENCHER**  
**(apenas chefia imediata)**

**7. DESCRIÇÃO DO ACIDENTE (Preenchimento obrigatório pelo SESMT ou Chefia imediata)**



**PARANÁ**  
GOVERNO DO ESTADO

Secretaria de Estado da Administração e da Previdência  
Divisão de Medicina e Saúde Ocupacional  
Comunicação de Acidente de Trabalho - Servidor Estatutário

**1. IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR**  
Nome: \_\_\_\_\_  
RG: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) F ( ) M Idade: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_  
Cargo: \_\_\_\_\_  
Função Exercida: \_\_\_\_\_

**2. RESIDÊNCIA**  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
Município: \_\_\_\_\_ Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**3. ESCOLARIDADE**  
( ) Alfabetizado ( ) 2º Grau Incompleto ( ) Superior  
( ) 1º Grau Incompleto ( ) 2º Grau Completo ( ) Pós-graduação  
( ) 1º Grau Completo

**4. IDENTIFICAÇÃO DO ÓRGÃO**  
Órgão: \_\_\_\_\_  
Unidade Administrativa: \_\_\_\_\_  
Município: \_\_\_\_\_ Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**5. INFORMAÇÕES SOBRE O ACIDENTE**  
Data do Acidente: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora do Acidente: \_\_\_\_:\_\_\_\_ horas.  
Número de horas trabalhadas no dia, até o acidente: \_\_\_\_ horas.  
( ) Com Afastamento ( ) Sem Afastamento ( ) Com Óbito

**6. TIPO DO ACIDENTE**  
( ) Típico (no trabalho) ( ) Trajeto ( ) Doença Profissional  
( casa / trabalho; trabalho / casa) (competência exclusiva da DIMS)

**7. DESCRIÇÃO DO ACIDENTE (Preenchimento obrigatório pelo SESMT ou Chefia imediata)**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**8. PARTE (S) DO CORPO ATINGIDA (S)**  
( ) Cabeça (exceto olhos) ( ) Mãos  
( ) Olhos ( ) Membros Inferiores  
( ) Tronco ( ) Sistemas e Aparelhos  
( ) Membros Superiores (exceto mãos) ( ) Múltiplas partes

**A Comunicação de Acidente de Trabalho deve ser encaminhada à DIMS no prazo máximo de 24 horas da ocorrência do acidente.**

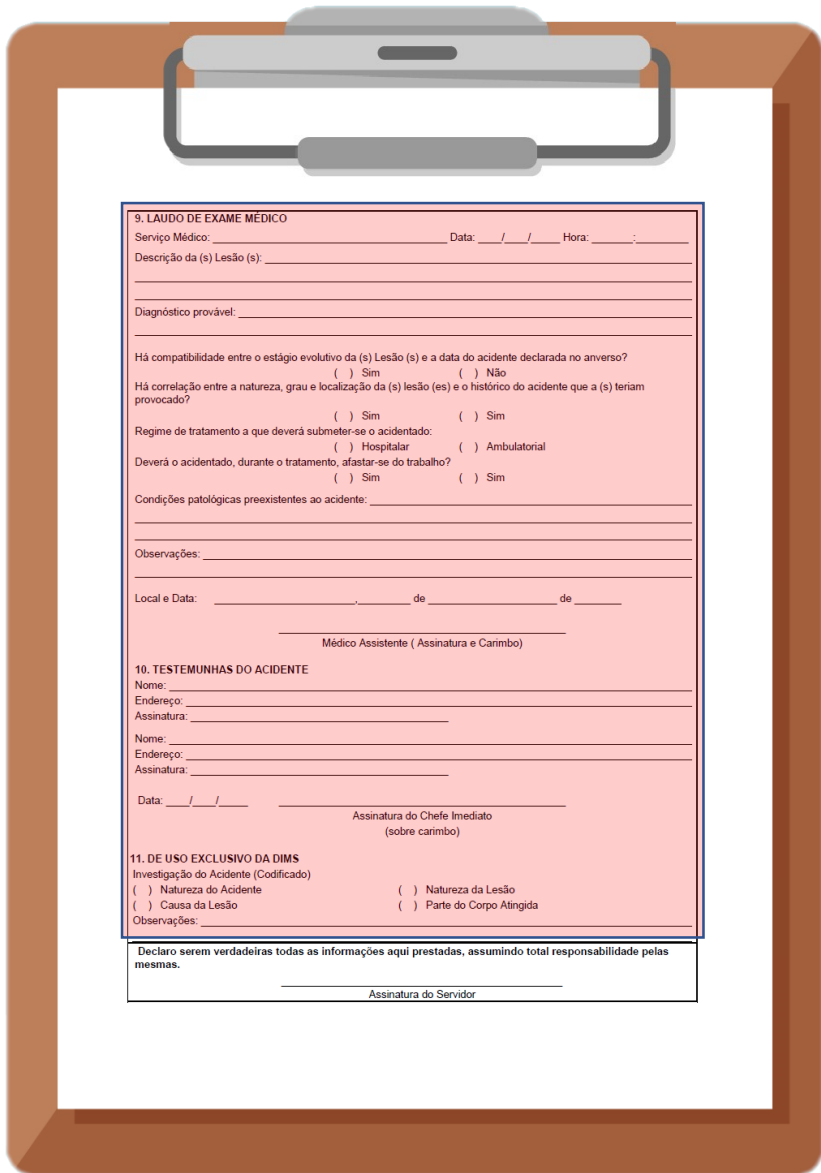


**8º: Marcar “X” a(s) parte(s) do corpo atingida(s)**

**8. PARTE (S) DO CORPO ATINGIDA (S)**

- ( ) Cabeça (exceto olhos)
- ( ) Olhos
- ( ) Tronco
- ( ) Membros Superiores (exceto mãos)

- ( ) Mãos
- ( ) Membros Inferiores
- ( ) Sistemas e Aparelhos
- ( ) Múltiplas partes



**9. LAUDO DE EXAME MÉDICO**  
 Serviço Médico: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_  
 Descrição da (s) Lesão (s): \_\_\_\_\_  
 Diagnóstico provável: \_\_\_\_\_  
 Há compatibilidade entre o estágio evolutivo da (s) Lesão (s) e a data do acidente declarada no anverso?  
 Sim  Não  
 Há correlação entre a natureza, grau e localização da (s) lesão (es) e o histórico do acidente que a (s) teriam provocado?  
 Sim  Não  
 Regime de tratamento a que deverá submeter-se o acidentado:  
 Hospitalar  Ambulatorial  
 Deverá o acidentado, durante o tratamento, afastar-se do trabalho?  
 Sim  Não  
 Condições patológicas preexistentes ao acidente: \_\_\_\_\_  
 Observações: \_\_\_\_\_  
 Local e Data: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Médico Assistente ( Assinatura e Carimbo)


**10. TESTEMUNHAS DO ACIDENTE**  
 Nome: \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_  
 Assinatura: \_\_\_\_\_  
 Nome: \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_  
 Assinatura: \_\_\_\_\_  
 Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ \_\_\_\_\_  
 Assinatura do Chefe Imediato  
 (sobre carimbo)

**11. DE USO EXCLUSIVO DA DIMS**  
 Investigação do Acidente (Codificado)  
 Natureza do Acidente  Natureza da Lesão  
 Causa da Lesão  Parte do Corpo Atingida  
 Observações: \_\_\_\_\_

Declaro serem verdadeiras todas as informações aqui prestadas, assumindo total responsabilidade pelas mesmas.  
 \_\_\_\_\_  
 Assinatura do Servidor



**9-11º: NÃO PREENCHER**  
**(apenas médico / testemunhas /**  
**chefia imediata / perícia médica)**



**9. LAUDO DE EXAME MÉDICO**

Serviço Médico: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_

Descrição da (s) Lesão (s): \_\_\_\_\_

Diagnóstico provável: \_\_\_\_\_

Há compatibilidade entre o estágio evolutivo da (s) Lesão (s) e a data do acidente declarada no anverso?  
 Sim  Não

Há correlação entre a natureza, grau e localização da (s) lesão (es) e o histórico do acidente que a (s) teriam provocado?  
 Sim  Não

Regime de tratamento a que deverá submeter-se o acidentado:  
 Hospitalar  Ambulatorial

Deverá o acidentado, durante o tratamento, afastar-se do trabalho?  
 Sim  Não

Condições patológicas preexistentes ao acidente: \_\_\_\_\_

Observações: \_\_\_\_\_

Local e Data: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Médico Assistente ( Assinatura e Carimbo)

**10. TESTEMUNHAS DO ACIDENTE**

Nome: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ \_\_\_\_\_  
Assinatura do Chefe Imediato  
(sobre carimbo)

**11. DE USO EXCLUSIVO DA DIMS**

Investigação do Acidente (Codificado)

Natureza do Acidente  Natureza da Lesão  
 Causa da Lesão  Parte do Corpo Atingida

Observações: \_\_\_\_\_

**Declaro serem verdadeiras todas as informações aqui prestadas, assumindo total responsabilidade pelas mesmas.**

\_\_\_\_\_

Assinatura do Servidor



Assinar

**Declaro serem verdadeiras todas as informações aqui prestadas, assumindo total responsabilidade pelas mesmas.**

\_\_\_\_\_

Assinatura do Servidor



## Pronto!

Agora é só encaminhar o formulário CAT para a sua Chefia Imediata.

Até mais.





## SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO E DA PREVIDÊNCIA

DEPARTAMENTO DE SAÚDE DO SERVIDOR