

GUIA DE PREENCHIMENTO CAT

Passo a passo para o Preenchimento da CAT/SP:

1. TIPO DE CAT/SP

Inicial Reabertura Comunicação de óbito

- **TIPO DE CAT/SP:**
- Assinalar em “Inicial”, quando for 1º vez que for abrir a CAT;
- Assinalar em “Reabertura”, quando é uma situação de continuidade de uma CAT já aberta anterior;
- Assinalar “Comunicado de Óbito”, quando ocorrer a morte do acidentado (decorrente do acidente de trabalho).

2. EMITENTE

2.1. Nome do Emitente:

2.2. Contatos:

2.3. Cargo/função:

Nome do Emitente: é o nome da pessoa que está preenchendo a CAT, não necessariamente precisa ser o acidentado.

3. DADOS DO SERVIDOR

3.1. Nome:

3.3. Sexo
() M () F

3.4. Data de Nascimento
____/____/____

3.2. Nome da mãe:

3.5. CPF
3.6. RG

3.7. Estado Civil

3.8. Aposentado Sim () Não ()

Dados do Servidor: São os dados da Pessoa que sofreu o acidente de trabalho.

4. ENDEREÇO DO SERVIDOR

4.1. Logradouro

4.2. Número

4.3. Complemento

4.4. Bairro

4.5. CEP

4.6. Cidade

4.7. UF

4.8. Telefone
()

4.9. E-mail

Endereço do servidor: colocar os dados do endereço do servidor que sofreu o acidente de trabalho.

5. DADOS FUNCIONAIS DO SERVIDOR

5.1. Identificação Única	5.2. Órgão (sigla)	5.3. Local (cidade) e Lotação de Exercício	5.4. Nome da Chefia Imediata
5.5. Matrícula SIAPE	5.6. Cargo	5.7. Função	5.8. Data de Admissão ____/____/____

Dados funcionais do servidor: são os dados funcionais da pessoa que sofreu o acidente.

6. ACIDENTE OU DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO

6.1. Data Acidente/ Doença ____/____/____	6.2. Horário do Acidente	6.3. Após quantas horas de trabalho?
6.4. Tipo de Acidente	<input type="checkbox"/> Acidente Típico <input type="checkbox"/> Acidente de Trajeto	<input type="checkbox"/> Acidente com Óbito <input type="checkbox"/> Doença Relacionada ao Trabalho
6.5. Local do acidente: Órgão: UF: Município:	6.6. Agente causador do acidente:	
6.7. Situação geradora do acidente ou doença:	6.8. Agente causador da doença:	
6.9. Houve Afastamento? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	6.10. Último dia trabalhado ____/____/____	
6.11. Houve Testemunhas? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM* *Se sim, preencher: Testemunha 1 Nome: CEP: Endereço:	Testemunha 2: Nome: CEP: Endereço:	
6.12. Houve registro policial? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		
6.13. Parte(s) do corpo atingida(s):		
6.14. Descrição do acidente ou da doença relacionada ao trabalho		
Declaro serem verdadeiras todas as informações aqui prestadas, assumindo total responsabilidade pelas mesmas.		Chefia imediata, ciência.
Assinatura do emitente		Assinatura da chefia (matrícula SIAPE)

Tipos de Acidentes/ou Doença: As informações a serem preenchidas no item 6 e seus subitem, são relacionadas ao acidente, devendo ser informado qual o tipo de acidente

(típico, trajeto, doença relacionada ao trabalho ou óbito). Na situação de dúvidas sobre as questões desses itens, podem ser solucionadas lendo o procedimento para o Comunicado de Acidente de Trabalho - CAT, localizado no site do IFMT, junto com seu fluxograma de abertura de CAT, persistindo as dúvidas, procurar a equipe de saúde e segurança do trabalho na Coordenação de Qualidade de Vida, para maiores orientações no preenchimento da CAT.

- Quem está emitindo a CAT deve assinar;
- O chefe imediato do servidor acidentado deve assinar a CAT, dando ciência.

7. ATENDIMENTO DE SAÚDE	
PREENCHIMENTO A SER REALIZADO POR MÉDICO	
7.1. Unidade de atendimento:	
7.2. Data	Hora: 7.3. Houve internação? () SIM () NÃO
7.4. Duração provável do tratamento:	7.5. O acidentado necessita de afastamento? () SIM () NÃO
7.6. Descrição e natureza lesão	
7.7. Diagnóstico provável	CID:
7.8. Observações:	

***Somente preencher, quando o Comunicado de Acidente do Trabalho – CAT, for emitida na unidade de atendimento médico. Caso contrário, favor deixar o item 7 em branco!**

8. CARACTERIZAÇÃO DO ACIDENTE	
PREENCHIMENTO A SER REALIZADO POR EQUIPE DE AVALIAÇÃO DO LOCAL DO ACIDENTE	
8.1. Foi realizada vistoria no local do acidente? () SIM () NÃO	
8.2. Existe Laudo de avaliação ambiental? () SIM () NÃO	
8.3. O ambiente pode ter sido fator para a ocorrência do acidente em serviço: () SIM () NÃO	
8.4. Descrição do local do acidente:	

*Informar se houve vistoria no local do acidente após a ocorrência do acidente, se o Campus possui Laudo Técnico das Condições Ambientais – LTCAT, se o ambiente onde ocorreu o acidente foi favorável para a ocorrência do acidente, e colocar uma descrição sucinta do local do acidente. Em casos de dúvidas sobre o preenchimento desses itens, entrar em contato com a equipe de saúde e segurança do trabalho da Reitoria/IFMT.

9. CONCLUSÃO - ESTABELECIMENTO DO NEXO CAUSAL
PREENCHIMENTO A SER REALIZADO POR PERITO

9.1. É caracterizado como acidente em serviço ou doença relacionada ao trabalho? () SIM () NÃO () OUTRO:	9.2. Encaminhar para o serviço médico e de perícia do SIASS? () SIM () NÃO
9.3.. Recomendações:	
Local e Data: _____	Encaminhe-se a Unidade / Órgão / Entidade Em ___ / ___ / ____
Assinatura e matrícula SIAPE do Perito	

Conclusão: o preenchimento deve ser realizado apenas pelo perito do SIASS, portanto não é necessário o emitente preencher.