

Palavra-chave: acidente de trabalho, CAT

1. Objetivo:

Definir procedimentos específicos para emissão de CAT diante de um acidente de trabalho.

2. Campo de aplicação:

Unidades Básicas de Saúde, Divisão de Perícias Médicas.

3. Definições:

Acidente de trabalho: é o acidente ocorrido no exercício da atividade profissional a serviço da empresa ou no deslocamento residência/ trabalho / residência, e que provoque lesão corporal ou perturbação funcional que cause a perda ou redução – permanente ou temporária – da capacidade para o trabalho ou, em último caso, a morte.

Incidente: é considerado como uma ocorrência não planejada e que poderia levar a um acidente. Ele também pode ser chamado de “quase acidente”, já que não houve conclusão da situação e o dano pode ter sido menor.

CAT: é um documento emitido para reconhecer tanto um acidente de trabalho ou de trajeto bem como uma doença ocupacional.

Doença ocupacional: é aquela produzida ou desencadeada pelo exercício do trabalho peculiar a determinada atividade e constante da respectiva relação elaborada pelo Ministério do Trabalho e da Previdência Social.

4. Siglas:

CAT: Comunicação de Acidente de Trabalho.

5. Responsáveis:

Todos os colaboradores da UBS.

6. Procedimentos:

6.1 Acidente de trabalho

Diante de um acidente do trabalho, a chefia imediata ou responsável deve preencher previamente a CAT (conforme anexo 1), salvo em casos de emergência.

A entrega da CAT poderá ser realizada via sistema ou pessoalmente na DMT, com prazo legal de até o primeiro dia útil seguinte ao da ocorrência, juntamente com o atestado médico quando for o caso.

A CAT terá validade quando for devidamente preenchido pelo médico que prestou o atendimento e/ou pela chefia imediata, ou responsável.

Observação: Não será aceita CAT incompleto, fora do prazo legal de 24 horas ou rasurados.

6.2 Acidente de trajeto

Para acidentes de trajeto, o servidor deverá fornecer (se houver) documento de atendimento realizado pelo SAMU, SIATE, ou Boletim de Ocorrência, e telefones de testemunhas que possam confirmar o ocorrido.

Para esclarecimentos de dúvidas referentes ao preenchimento da Comunicação de Acidente de Trabalho ou demais informação relacionada à CAT, o servidor pode entrar em contato com a Técnica de Segurança do Trabalho do município por meio do e-mail: tstfazenda@gmail.com ou pelo telefone: 3608-7360.

7. Referências:

BRASIL. Lei nº 6.367 de 19 de outubro de 1976. Dispõe sobre o seguro de acidentes de trabalho a cargo do INPS e dá outras providências. Diário Oficial da União, 1976.

FAZENDA RIO GRANDE. Decreto nº 5.279 de 25 de junho de 2020. Dispõe sobre a normatização da apresentação de atestado médico, odontológico, solicitação de licença médica e autorização para cirurgia de caráter eletivo no âmbito do serviço público Municipal de Fazenda Rio Grande, conforme especifica. Diário Oficial, 2020.

8. Anexos:

2. TIPO DE CAT	
<p>1 - Enunciado: 1 - Empregado 2 - Sindicato 3 - Médico 4 - Segurado ou dependente 5 - Autônomo Público</p> <p>2 - Tipo de CAT: 1 - Tipo 2 - Específica 3 - Comunicação de outro em</p>	
<p>3 - Nome social/Nome: 4 - Tipo: 1 - CDD 2 - CEB 3 - POP 4 - NI 5 - CUIAE</p> <p>6 - Endereço: Rua/Av/Comp. Bairro CEP 7 - Município 8 - UF 9 - Telefone</p> <p>10 - Nome: 11 - Nome da mãe</p> <p>12 - Data de Nasc.: 13 - Sexo: 14 - Estado civil: 15 - CPF/SSR/INSC de emissão: 16 - UF</p> <p>17 - Carteira de identidade: Data de emissão: Origem: Esp. 18 - UF 19 - PIS/PASEP 20 - Remuneração Mensal</p> <p>21 - Endereço: Rua/Av/Comp. Bairro CEP 22 - Município 23 - UF 24 - Telefone</p> <p>25 - Nome da ocupação: 26 - LCB: 27 - Função e prevalência local: 28 - Acabamento: 29 - Área</p> <p>30 - Natureza do acidente: 31 - Hora de acidente: 32 - Hora de término de trabalho: 33 - Hora de término de trabalho: 34 - Hora de término de trabalho</p> <p>35 - Local do acidente: 36 - Causa: 37 - Município do local do acidente: 38 - UF 39 - Município do local do acidente</p> <p>40 - Partes do corpo atingidas: 41 - Agente causador</p> <p>42 - Descrição da situação do acidente ou doença: 43 - Houve registro policial? 44 - Houve morte? 45 - Sim 46 - Não</p> <p>47 - Nome: 48 - Nome: Não houve testemunhas do ocorrido</p> <p>49 - Endereço: Rua/Av/Comp. Bairro CEP 50 - Município 51 - UF 52 - Telefone</p> <p>53 - Endereço: Rua/Av/Comp. Bairro CEP 54 - Município 55 - UF 56 - Telefone</p> <p>57 - Local e data: 58 - Assinatura do emitente: 59 - Hora</p> <p>60 - Houve internação? 61 - Duração prevista do tratamento: 62 - Deverá o acidentado afastar-se do trabalho durante o tratamento? 63 - SIM 64 - NÃO</p> <p>65 - Descrição e natureza da lesão</p> <p>66 - Diagnóstico provável: 67 - CID - 10: S.40.0</p> <p>68 - Observações</p> <p>69 - Local e data: 70 - Assinatura do emitente</p> <p>71 - Nome: 72 - Nome de acidente: 73 - Nome</p> <p>74 - Endereço: Rua/Av/Comp. Bairro CEP 75 - Município 76 - UF 77 - Telefone</p> <p>78 - Assinatura de quem: 79 - Assinatura de quem</p> <p>80 - Assinatura de quem: 81 - Assinatura de quem</p> <p>82 - Assinatura de quem: 83 - Assinatura de quem</p> <p>84 - Assinatura de quem: 85 - Assinatura de quem</p> <p>86 - Assinatura de quem: 87 - Assinatura de quem</p> <p>88 - Assinatura de quem: 89 - Assinatura de quem</p> <p>90 - Assinatura de quem: 91 - Assinatura de quem</p> <p>92 - Assinatura de quem: 93 - Assinatura de quem</p> <p>94 - Assinatura de quem: 95 - Assinatura de quem</p> <p>96 - Assinatura de quem: 97 - Assinatura de quem</p> <p>98 - Assinatura de quem: 99 - Assinatura de quem</p> <p>100 - Assinatura de quem: 101 - Assinatura de quem</p>	

Elaborado por: Loana Patrícia da
Silva CRF/PR 20174
2025

Revisado Por: Rubiane Wozniack
CRF/PR 11428
2025

Revisar em:
1 ano
2026