

**COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DO TRABALHO**

Servidor Estatutário

(Preencher datilografado ou em letra de forma)

**CAT nº**

**/ 20 - SESMT/UEM**

**1. Identificação do Funcionário**

Nome:

Matrícula:

RG nº / PR

Idade:

Sexo:

Estado Civil:

Cargo: Agente Universitário

Categoria funcional: ( ) Efetivo

( ) Cargo em Comissão

Função exercida:

Endereço residencial:

Telefone:

Município:

CEP:

**Formação Escolar**

- |                           |                            |
|---------------------------|----------------------------|
| ( ) 1. Analfabeto         | ( ) 6. 2º grau completo    |
| ( ) 2. Alfabetizado       | ( ) 7. Superior Completo   |
| ( ) 3. 1º grau incompleto | ( ) 8. Superior Incompleto |
| ( ) 4. 1º grau completo   | ( ) 9. Pós-graduação       |
| ( ) 5. 2º grau incompleto |                            |

**Já sofreu outro acidente de trabalho, enquanto funcionário público?**

- |                      |                            |
|----------------------|----------------------------|
| ( ) 1. Não           | ( ) 6. 2º grau completo    |
| ( ) 2. Sim. Quantos? | ( ) 7. Superior Completo   |
| ( ) 1 acidente       | ( ) 8. Superior Incompleto |
|                      | ( ) 9. Pós-graduação       |
|                      | ( ) 3 ou mais acidentes    |

**2. Identificação do órgão**

Órgão: Universidade Estadual de Maringá

Unidade Administrativa: Universidade Estadual de Maringá

Endereço:

Município: Telefone: (044)

**3. Informações sobre o acidente**

Data do acidente:

Hora do acidente:

Número de horas trabalhadas até o acidente:

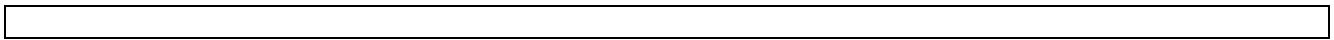
- |                        |                        |
|------------------------|------------------------|
| ( ) 1. Com lesão       | ( ) 2. Sem lesão       |
| ( ) 1. Com afastamento | ( ) 2. Sem afastamento |
|                        | ( ) 3. Com óbito       |

( ) 1. Típico (no trabalho)

( ) 2. Trajeto

( ) 3. Doença Profissional

Descrição do acidente, a ser preenchido pela chefia imediata ou SESMT:



**Informações médicas complementares ( quando necessário ):****Natureza do acidente:**

- 1. Impacto contra
- 2. Impacto sofrido
- 3. Queda com diferença de nível
- 4. Queda em mesmo nível
- 5. Aprisionamento ou prensagem
- 6. Atrito ou abrasão
- 7. Reflexo do corpo ao perigo
- 8. Esforço excessivo ou inadequado
- 9. Exposição a energia elétrica
- 10. Contato com temperatura extrema
- 11. Inalação ou ingestão de substância nociva
- 12. Contato com substância nociva
- 13. Afogamento
- 14. Soterramento
- 15. Meios de transporte
- 16. Exposição à ruído ou pressão
- 17. Ataque de ser vivo
- 18. Corpo estranho
- 19. Contato com material médico-hospitalar
- 99. Outro, especifique: ...

**Causa da lesão:**

- 1. Ferramentas manuais
- 2. Instrumentos médico-cirúrgicos
- 3. Máquinas e aparelhos
- 4. Agentes físicos
- 5. Produtos químicos
- 6. Agentes biológicos
- 7. Perda de equilíbrio
- 8. Quedas, choques
- 9. Picada ou mordida de animais
- 10. Esforço físico excessivo
- 11. Condições estressantes
- 12. Agressão
- 13. Meios de transporte
- 14. Materiais e matéria-prima do processo
- 99. Outro, especifique:

**Parte do corpo atingida:**

- 1. Cabeça (exceto olhos)
- 2. Olhos
- 3. Tronco
- 4. Membros superiores (exceto mãos)
- 5. Mãos
- 6. Membros inferiores
- 7. Sistemas e aparelhos
- 8. Múltiplas partes

**Natureza da lesão:**

- 1. Irritação nos olhos
- 2. Laceração (rompimento da pele com perda de substância)
- 3. Perfuração
- 4. Corte
- 5. Escoriação (raspagem superficial)
- 6. Contusão (batida)
- 7. Hematoma (batida com pele arroxeadas)
- 8. Distensão muscular
- 9. Entorse ou torção
- 10. Luxação (osso fora do lugar)
- 11. Fratura
- 12. Amputação
- 13. Queimaduras
- 14. Choque elétrico
- 15. Lesões múltiplas
- 16. Morte
- 99. Outro, especifique...

**Procedimentos adotados para evitar nova ocorrência de acidente de trabalho: ( a ser preenchido pelo responsável pela unidade administrativa )****Chefia Imediata**

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nome:

Assinatura:

Carimbo

**Testemunhas do Acidente**

Nome:

Assinatura

Nome:

Assinatura

*O acidente deve ser comunicado à DIMS em 24 (vinte e quatro) horas.*

*Preenchida por:*