



**SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO**  
Divisão de Medicina e Saúde Ocupacional

**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**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Analfabeto         | <input type="checkbox"/> 6. 2º grau completo    |
| <input type="checkbox"/> 2. Alfabetizado       | <input type="checkbox"/> 7. Superior Completo   |
| <input type="checkbox"/> 3. 1º grau incompleto | <input type="checkbox"/> 8. Superior Incompleto |
| <input type="checkbox"/> 4. 1º grau completo   | <input type="checkbox"/> 9. Pós-graduação       |
| <input type="checkbox"/> 5. 2º grau incompleto |   |

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

- ☐ 1. Não  
☐ 2. Sim. Quantos? ☐ 1 acidente ☐ 2 acidentes ☐ 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 arroxeadada)
- ☐ 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:*