



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

/ 2023 - 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
() 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