



Tipo do Documento	<b>PROCEDIMENTO / ROTINA</b>	POP.SOST.005 - Página 1/17	
Título do Documento	<b>PREENCHIMENTO DO FOMULÁRIO DE COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO - CAT</b>	Emissão: 18/12/2020 Versão: 1	Próxima revisão: 18/12/2022

## 1. OBJETIVO(S)

Definir um procedimento padrão no processo de abertura de Comunicação de Acidente de Trabalho, a fim de facilitar os lançamentos de informações de acidentes de trabalho e doenças relacionadas ao trabalho.

## 2. RESPONSÁVEL

São responsáveis pelos procedimentos envolvendo acidentes de trabalho SOST (Técnico em segurança do trabalho, enfermeiros, técnicos de enfermagem, médico do trabalho e engenheiro de segurança do trabalho).

## 3. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Desktop;
- Rede de internet.

## 4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

### 4.1 Sequência correta para abertura de CAT:

1. Preencher a investigação do acidente, com o preenchimento do relatório de investigação e análise de acidentes de trabalho, com as informações do trabalhador acidentado, e com as informações do acidente;
2. Realizar a perícia médica com a constatação da lesão ou perturbação funcional, com o médico do trabalho;
3. Descrever para o SOST/CIPA como ocasionou o acidente de trabalho/trajeto/doença;
4. Solicitar à DivGP as informações pessoais do acidentado, com: nº de PIS, Carteira de trabalho, Identidade e salário.
5. O SOST deverá preencher no sistema do INSS a CAT;
6. A CAT após preenchida deve ser entregue 1 via para o trabalhador acidentado/responsável legal, 1 via para o INSS e 1 via arquivada por no mínimo 5 anos;
7. Arquivar a CAT pelo SOST, deixando uma cópia no prontuário médico;
8. Informar o acidente na reunião da CIPA.

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.SOST.005 - Página 2/17	
Título do Documento	PREENCHIMENTO DO FOMULÁRIO DE COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO - CAT	Emissão: 18/12/2020 Versão: 1	Próxima revisão: 18/12/2022

## 4.2 Sequência de preenchimento da CAT no sistema do INSS:

### 4.2. I. Identificação do Emitente e Tipo de CAT



#### Comunicação de acidente de trabalho - CAT

1- Emitente <input type="radio"/> Empregador <input type="radio"/> Sindicato <input type="radio"/> Médico <input type="radio"/> Segurado ou dependente <input type="radio"/> Autoridade pública
2- Tipo de CAT <input type="radio"/> Inicial <input type="radio"/> Reabertura <input type="radio"/> Comunicação de óbito

**Figura 1 - Identificação do Emitente e Tipo de CAT**

#### 1. Emitente:

Neste campo deve-se informar o responsável pela emissão da CAT, que de acordo com a lei 8.213/1991, será o empregador, mas poderá ser: o sindicato, médico, o segurado, seus dependentes ou autoridade pública caso a empresa omita a comunicação.

#### 2. Tipo da CAT:

- Inicial – que refere-se a primeira comunicação do acidente ou doença do trabalho;
- reabertura – quando houver reinício de tratamento ou afastamento por agravamento da lesão (comunicado anteriormente ao INSS);
- comunicado de óbito – se refere a comunicação ocorrido após a emissão da CAT inicial. **IMPORTANTE:** deverá ser anexada a cópia da Certidão de Óbito e laudo de necropsia, quando houver.

#### II. Emitente

I - EMITENTE					
Empregador					
3 - Razão Social / Nome					
4- Tipo <input type="radio"/> CGC/CNPJ <input type="radio"/> CEI <input type="radio"/> CPF <input type="radio"/> NIT		5- CNAE	6 - Endereço - Rua/Av.		
Complemento	Bairro	CEP	7 - Município	8 - UF Selecione	9 - Telefone

**Figura 2 – Identificação do Emitente**



Tipo do Documento	<b>PROCEDIMENTO / ROTINA</b>	POP.SOST.005 - Página 3/17	
Título do Documento	<b>PREENCHIMENTO DO FOMULÁRIO DE COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO - CAT</b>	Emissão: 18/12/2020 Versão: 1	Próxima revisão: 18/12/2022

### 3. Razão Social/Nome:

Nesse campo deverá informar o nome da empresa empregadora;

### 4. Tipo e número do documento:

Informar se é:

- CGC/CNPJ – Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica;
- CEI – Cadastro Específico do INSS;
- CPF – Cadastro de Pessoa Física;
- NIT – Número de Identificação do Trabalhador no INSS (PIS – Programa de Integração Social, PASEP – Programa de Formação do Patrimônio do Servidor ou NIS – Número de Identificação Social).

### 5. CNAE: Classificação Nacional de Atividade Econômica

Nesse campo deverá informar o código relativo a atividade principal do estabelecimento, em conformidade com aquela que determina o Grau de Risco para fins de contribuição para os benefícios concedidos.

Você poderá identificar o código CNAE no documento/cartão do CNPJ da empresa ou consultar no site da Receita Federal.

### 6. Endereço:

Informar o endereço completo da empresa empregadora ou informar o endereço do acidentado, quando tratar-se de segurado especial.

#### IMPORTANTE:

Segurado Especial – é a categoria, segundo o INSS, que se enquadra a pessoa física que, individualmente ou em regime de economia familiar, ainda que com auxílio eventual de terceiros, desenvolva atividades como: produtor rural, pescador artesanal ou assemelhados, cônjuge ou companheiro, bem como filho maior de 16 anos de idade ou o índio reconhecido pela Fundação Nacional do Índio (FUNAI).



Tipo do Documento	<b>PROCEDIMENTO / ROTINA</b>	POP.SOST.005 - Página 4/17	
Título do Documento	<b>PREENCHIMENTO DO FOMULÁRIO DE COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO - CAT</b>	Emissão: 18/12/2020 Versão: 1	Próxima revisão: 18/12/2022

### 7. Município:

Informar o município de localização da empresa empregadora ou do segurado especial;

### 8. UF:

Informar a Unidade da Federação da empresa empregadora ou do segurado especial;

### 9. Telefone:

Deverá informar o telefone precedido de código de área e do DDD do município da empresa empregadora ou do segurado especial.

### III. Acidentado

<b>Acidentado</b>				
10 - Nome				
11 - Nome da mãe				
12 - Data de Nascimento	13 - Sexo <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Feminino	14 - Estado Civil <input type="radio"/> Solteiro <input type="radio"/> Casado <input type="radio"/> Viúvo <input type="radio"/> Divorciado <input type="radio"/> Outro <input type="radio"/> Ignorado		
15 - CTPS - Nº / Série / Data de Emissão	16 - UF Selecione	17 - Remuneração Mensal R\$		
18 - Carteira de Identidade (RG)	Data de Emissão	Orgão Expedidor	19 - UF Selecione	20 - PIS / PASEP / NIT
21 - Endereço - Rua / AV				
Bairro	CEP	22 - Município	23 - UF Selecione	24 - Telefone
25 - Nome da Ocupação		26 - CBO ( <a href="#">consulte CBO</a> )		
27 - Filiação à Previdência Social <input type="radio"/> Empregado <input type="radio"/> Tra.Avulso <input type="radio"/> Seg. especial <input type="radio"/> Médico Residente		28 - Aposentado <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	29 - Áreas <input type="radio"/> Urbana <input type="radio"/> Rural	

**Figura 3 – Identificação do acidentado**

### 10. Nome:

Preencher com o nome completo do acidentado, sem abreviaturas;



Tipo do Documento	<b>PROCEDIMENTO / ROTINA</b>	POP.SOST.005 - Página 5/17	
Título do Documento	<b>PREENCHIMENTO DO FOMULÁRIO DE COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO - CAT</b>	Emissão: 18/12/2020 Versão: 1	Próxima revisão: 18/12/2022

**11. Nome da mãe:**

Preencher com o nome completo da mãe do acidentado, sem abreviaturas;

**12. Data de Nascimento:**

Preencher com a data do nascimento do acidentado;

**13. Sexo:**

Preciso informar se o acidentado é do sexo Masculino ou Feminino;

**14. Estado Civil:**

Informar se o acidentado é solteiro, casado, Viúvo, divorciado, outro ou Ignorado para os casos em que você não dispuser da informação;

**15. CTPS – No./Série/Data de Emissão:**

Informar o número, série e a data de emissão da Carteira Profissional – CP ou da Carteira de Trabalho e Previdência Social – CTPS;

a. Obrigatório a especificação do número para o segurado empregado.

**16. UF:**

Informar a Unidade Federativa da emissão da CP ou da CTPS;

**17. Remuneração Mensal:**

Informar a remuneração mensal do acidentado em moeda corrente na data do acidente;

**18. Carteira de Identidade (RG):**

Informar o número do documento, a data de emissão e o órgão expedidor;



Tipo do Documento	<b>PROCEDIMENTO / ROTINA</b>	POP.SOST.005 - Página 6/17	
Título do Documento	<b>PREENCHIMENTO DO FOMULÁRIO DE COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO - CAT</b>	Emissão: 18/12/2020 Versão: 1	Próxima revisão: 18/12/2022

**19. UF:**

Informar a Unidade da Federação de emissão da Carteira de Identidade;

**20. PIS/PASEP:**

Informar o número de inscrição no Programa de Integração Social – PIS ou no Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público – PASEP, conforme o caso;

a. Obs: em caso de segurado especial ou médico residente, o campo poderá ficar em branco.

**21. Endereço do acidentado:**

Informar o endereço completo do acidentado;

**22. Município:**

Informar o município de residência do acidentado;

**23. UF:**

Informar a Unidade Federativa de residência do acidentado;

**24. Telefone:**

Informar o telefone do acidentado precedido de código de área e do DDD do município;

**25. Nome da ocupação:**

Informar o nome da ocupação exercida pelo acidentado a época do acidente ou doença;

**26. CBO:**

Informar o Código Brasileiro de Ocupação conforme a função informada no campo 25, caso seja necessário consultar o código no site do MTE;



Tipo do Documento	<b>PROCEDIMENTO / ROTINA</b>	POP.SOST.005 - Página 7/17	
Título do Documento	<b>PREENCHIMENTO DO FOMULÁRIO DE COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO - CAT</b>	Emissão: 18/12/2020 Versão: 1	Próxima revisão: 18/12/2022

## 27. Filiação à Previdência Social:

A filiação é o vínculo jurídico que se estabelece entre a Previdência Social e as pessoas que fazem contribuições a ela, podendo se dar de forma obrigatória ou facultativa.

São elas:

- a. Empregado (todos que trabalham de carteira assinada, contrato temporário, diretores-empregados e etc..)
- b. Trabalhador Avulso (todos que prestam serviços a várias empresas, mas são contratados por sindicatos e órgãos gestores de mão de obra)
- c. Segurado Especial (explicado no item 6 deste artigo)
- d. Médico residente.

## 28. Aposentado:

Informar exclusivamente quando tratar-se de aposentado pelo Regime Geral de Previdência Social – RGPS.

## 29. Área:

Informar a natureza da prestação de serviço, se urbana ou rural.

## Acidente ou Doença

Tipo do Documento	<b>PROCEDIMENTO / ROTINA</b>	POP.SOST.005 - Página 8/17	
Título do Documento	<b>PREENCHIMENTO DO FOMULÁRIO DE COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO - CAT</b>	Emissão: 18/12/2020 Versão: 1	Próxima revisão: 18/12/2022

Acidente ou Doença				
30 - Data de Acidente <input type="text"/>	31 - Hora do Acidente <input type="text"/>	32 - Após quantas horas de trabalho? <input type="text"/>	33 - Tipo <input type="radio"/> Típico <input type="radio"/> Doença <input type="radio"/> Trajeto	34 - Houve afastamento? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
35 - Último dia trabalhado <input type="text"/>	36 - Local do acidente <input type="text"/>	37 - Especificação do local do acidente <input type="text"/>	38 - CGC / CNPJ <input type="text"/>	39 - UF Selecione <input type="button" value="v"/>
40 - Município do local do acidente <input type="text"/>		41 - Parte do corpo <input type="text"/>	42 - Agente causador <input type="text"/>	
43 - Descrição da situação geradora do acidente ou doença <input type="text"/>		44 - Houve registro policial? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		
		45 - Houve morte? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		

**Figura 4 – Identificação da doença ou acidente**

### 30. Data do Acidente:

Preencher com a data em que ocorreu o acidente.

É importante saber que se for caso de doença deverá ser informado a data da conclusão do diagnóstico ou a do início da incapacidade laborativa, devendo ser informada aquela em ocorrer primeiro.

O Campo aceitará apenas a forma completa conforme exemplo: 07/07/2018.

### 31. Hora do Acidente:

Informar a hora do ocorrido utilizando o seguinte formato: HH:MM (ex.: 21:45). No caso de doença deverá ficar em branco.

### 32. Após quantas horas de trabalho?

Informar número de horas decorridas desde o início da jornada de trabalho até o momento do acidente.

Deixar em branco caso se tratar de doença.



Tipo do Documento	<b>PROCEDIMENTO / ROTINA</b>	POP.SOST.005 - Página 9/17	
Título do Documento	<b>PREENCHIMENTO DO FOMULÁRIO DE COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO - CAT</b>	Emissão: 18/12/2020 Versão: 1	Próxima revisão: 18/12/2022

### 33. Tipo – informar tipo de acidente:

- a. Típico: são os acidentes decorrentes das características da atividade profissional desempenhada pelo acidentado;
- b. Doença: são os acidentes ocasionados por qualquer tipo de doença profissional peculiar a determinado ramo de atividade constante na tabela da Previdência Social;
- c. Trajeto: são os acidentes ocorridos no trajeto entre a residência e o local de trabalho do segurado e vice-versa;

### 34. Houve afastamento?

Informar se houve ou não afastamento do trabalho;

IMPORTANTE:

A CAT deverá ser emitida para todo acidente ou doença relacionada ao trabalho, mesmo que não haja afastamento ou incapacidade.

### 35. Último dia trabalhado:

Deverá ser informada, mesmo que a jornada não tenha sido completa, o último dia em que o houve trabalho do acidentado, utilizando o seguinte formato: 23/05/2018;

Só preencher se foi informado SIM no campo 34.

### 36. Local do Acidente: informar o local onde ocorreu o acidente podendo ser:

- a. em estabelecimento da empregadora;
- b. em empresa onde a empregadora presta serviço (neste caso informar o CNPJ da empresa onde ocorreu o acidente ou doença no Campo 38);
- c. em via pública;
- d. em área rural;
- e. outros.



Tipo do Documento	<b>PROCEDIMENTO / ROTINA</b>	POP.SOST.005 - Página 10/17	
Título do Documento	<b>PREENCHIMENTO DO FOMULÁRIO DE COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO - CAT</b>	Emissão: 18/12/2020 Versão: 1	Próxima revisão: 18/12/2022

### 37. Especificação do local do acidente:

Deverá preencher com o local onde ocorreu o acidente, exemplo: posto de trabalho, nome da rua, etc.

### 38. CGC:

Deverá ser informado caso tenha informado no Campo 36 que o local foi em “ empresa onde a empregadora presta serviço”, preencher com o CNPJ ou CGC da empresa onde ocorreu.

### 39. UF:

Informar a Unidade da Federação onde ocorreu o acidente ou a doença ocupacional

### 40. Município do local do acidente:

Informar o nome do município onde ocorreu o acidente ou doença ocupacional;

### 41. Parte(s) do corpo atingida(s):

a. para acidente do trabalho: deverá ser informada a parte do corpo diretamente atingida pelo agente causador, seja externa ou internamente (Tabela 1 LINK 4);

b. para doenças profissionais, do trabalho, ou equiparadas informar o órgão ou sistema lesionado (Tabela 1 LINK 4).

c. Informar o lado atingido (se direito ou esquerdo), quando se tratar de parte do corpo que seja bilateral.

### 42. Agente causador:

Neste campo será necessário informar o agente diretamente relacionado ao acidente, que pode ser máquina, equipamento ou ferramenta (ex.: uma prensa ou uma injetora de plásticos), ou produtos químicos, agentes físicos ou biológicos (ex.: benzeno, sílica, ruído ou salmonela).

Pode ainda ser consignada uma situação específica como queda, choque elétrico, atropelamento (Tratando-se de acidente do trabalho, de doenças profissionais ou do trabalho).

**43. Descrição da situação geradora do acidente ou doença:** Será necessário descrever a situação ou a atividade de trabalho desenvolvida pelo acidentado ou por outros diretamente relacionados ao acidente.





Tipo do Documento	<b>PROCEDIMENTO / ROTINA</b>	POP.SOST.005 - Página 12/17	
Título do Documento	<b>PREENCHIMENTO DO FOMULÁRIO DE COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO - CAT</b>	Emissão: 18/12/2020 Versão: 1	Próxima revisão: 18/12/2022

**46. Nome:**

Informar o nome completo da testemunha sem abreviaturas;

**47. Endereço – Rua/Av/no/comp:**

Endereço completo da testemunha;

**48. Município:**

Informar município de residência da testemunha;

**49. UF:**

Informar a Unidade da Federação de residência da testemunha;

Caso haja mais de uma testemunha deverá preencher os seguintes campos com as mesmas orientações referente a segunda testemunha.

**50. Nome:**

Idem ao 46;

**51. Endereço – Rua/Av/no/comp:**

Idem ao 47;

**52. Município:**

Idem ao 48;

**53. UF:**

Idem ao 49.

Tipo do Documento	<b>PROCEDIMENTO / ROTINA</b>	POP.SOST.005 - Página 13/17	
Título do Documento	<b>PREENCHIMENTO DO FOMULÁRIO DE COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO - CAT</b>	Emissão: 18/12/2020 Versão: 1	Próxima revisão: 18/12/2022

### Fechamento do Quadro I:

Local e data – Informar o local e a data da emissão da CAT.

Assinatura e carimbo do emitente – no caso da emissão pelo próprio segurado ou por seus dependentes, fica dispensado o carimbo, devendo ser consignado o nome legível do emitente ao lado ou abaixo de sua assinatura.

### VI. Atestado Médico

<b>II - ATESTADO MÉDICO</b> deve ser preenchido por profissional médico		
<b>Atendimento</b>		
54 - Unidade de Atendimento médico <input type="text"/>	55 - Data <input type="text"/>	56 - Hora <input type="text"/>
57 - Houve internação <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	58 - Provável Duração do tratamento (dias) <input type="text"/>	59 - Deverá o acidentado afastar-se do trabalho durante o tratamento? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
<b>Lesão</b>		
60 - Descrição e natureza da lesão <input type="text"/>		

**Figura 6 – Campo do atestado médico**

Esse quadro deverá ser preenchido por profissional médico, que em caso de acidente com morte esse preenchimento é dispensável, sendo obrigatório a apresentação da certidão de óbito e laudo de necropsia, quando houver.

#### 54. Unidade de atendimento médico:

Informar o nome do local onde foi prestado o atendimento médico.

#### 55. Data:

Informar a data do atendimento que deverá ser completa. Ex.: 23/12/2010

Tipo do Documento	<b>PROCEDIMENTO / ROTINA</b>	POP.SOST.005 - Página 14/17	
Título do Documento	<b>PREENCHIMENTO DO FOMULÁRIO DE COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO - CAT</b>	Emissão: 18/12/2020 Versão: 1	Próxima revisão: 18/12/2022

**56. Hora:**

Informar a hora do atendimento utilizando quatro dígitos. Ex.: 21:45

**57. Houve internação:**

Informar se ocorreu internação do acidentado marcando SIM ou NÃO.

**58. Duração provável do tratamento:**

Deverá informar o período, mesmo que seja superior a quinze dias.

**59. Deverá o acidentado afastar-se do trabalho durante o tratamento?**

Informar a necessidade do afastamento do acidentado de suas atividades laborais, durante o tratamento, sendo necessário preencher com SIM ou NÃO.

**60. Descrição e natureza da lesão:**

Informar relato claro e resumindo, informando a natureza, tipo da lesão e/ou quadro clínico da doença, citando a parte do corpo atingida, sistemas ou aparelhos.

<b>Diagnóstico</b>	
61 - Diagnóstico provável	62 - CID-10
<input type="text"/>	<input type="text"/>
63 - Observações	
<input type="text"/>	
Local e Data	Assinatura e carimbo do médico com CRM
<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Figura 7 – Identificação da natureza da lesão**

**61. Diagnóstico provável:**

Informar, objetivamente, o diagnóstico.



Tipo do Documento	<b>PROCEDIMENTO / ROTINA</b>	POP.SOST.005 - Página 15/17	
Título do Documento	<b>PREENCHIMENTO DO FOMULÁRIO DE COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO - CAT</b>	Emissão: 18/12/2020 Versão: 1	Próxima revisão: 18/12/2022

## 62. CID – 10:

Classificar conforme a Classificação Internacional de Doenças – CID – 10.

## 63. Observações:

Nesse campo deverá conter informação médica adicional, condições pré-existentes, entre outros, se houver recomendação especial para a permanência no trabalho, este deverá ser justificado.

## Local e data

Informar o local e a data do atendimento médico.

## Assinatura e carimbo do médico com CRM

Deverá ser consignada a assinatura do médico atendente e aposto o seu carimbo com o número de registro junto ao Conselho Regional de Medicina – CRM.

## VII. INSS – Campos de uso exclusivo do Instituto Nacional do Seguro Social – INSS

III - INSS			
64 - Recebida em <input type="text"/>	65 - Código da unidade <input type="text"/>	66 - Número do CAT <input type="text"/>	Notas:  1 - A inexistência das declarações desta comunicação implicará nas sanções previstas nos artigos. 171 e 299 do Código Penal.  2 - A comunicação de acidente do trabalho deverá ser feita até o 1º dia útil após o acidente, sob pena de multa, na forma prevista no art. 22 da Lei nº 8.213/91.
67 - Matrícula do Servidor <input type="text"/>	_____ Assinatura do servidor		
<b>A COMUNICAÇÃO DO ACIDENTE É OBRIGATÓRIA, MESMO NO CASO EM QUE NÃO HAJA AFASTAMENTO DO TRABALHO</b>			

**Figura 8 – Campo de preenchimento INSS**

Esses campos são de uso e exclusividade do INSS da entrega da CAT a uma das Unidades de Atendimento.

Para as CAT preenchidas e enviadas através do aplicativo esses campos são automaticamente preenchidos pelo sistema.



Tipo do Documento	<b>PROCEDIMENTO / ROTINA</b>	POP.SOST.005 - Página 16/17	
Título do Documento	<b>PREENCHIMENTO DO FOMULÁRIO DE COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO - CAT</b>	Emissão: 18/12/2020 Versão: 1	Próxima revisão: 18/12/2022

## 5. RECOMENDAÇÕES

5.1 O trabalhador deve estar atento à comunicação do acidente de trabalho até o 1º dia útil do acidente.

## 6. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE (EVENTO ADVERSO)

NA – Não Aplicável

## 7. FLUXOGRAMA

NA – Não Aplicável

## 8. REFERÊNCIAS

TST. JUS. **O QUE É ACIDENTE DE TRABALHO.** Disponível em: <https://www.tst.jus.br/web/trabalhoseguro/o-que-e-acidente-de-trabalho>. Acesso em: 10 agosto de 2020.

Escola da prevenção. **Como preencher CAT.** Disponível em: <https://escoladaprevencao.com/como-preencher-cat/>. Acesso em: 11 agosto de 2020.

## 9. APÊNDICE

NA - Não Aplicável;

## 10. ANEXOS

NA - Não Aplicável;

## 11. HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	RESPONSÁVEL PELA ELABORAÇÃO	DESCRIÇÃO DA ATUALIZAÇÃO
1	18/12/2020	Felipe Maciell Soares Pinheiro Gleyce Kelly Freitas da Silva Maria Roberlia Tenório Campos Gomes Pedro Henrique Bernardo da Silva.	Preenchimento do formulário de Comunicação de Acidente de Trabalho - CAT



Tipo do Documento	<b>PROCEDIMENTO / ROTINA</b>	POP.SOST.005 - Página 17/17	
Título do Documento	<b>PREENCHIMENTO DO FOMULÁRIO DE COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO - CAT</b>	Emissão: 18/12/2020 Versão: 1	Próxima revisão: 18/12/2022

<b>Elaboração:</b>  <b>Felipe Maciell Soares Pinheiro</b> Engenheiro de Segurança do Trabalho  <b>Gleyce Kelly Freitas da Silva</b> Técnico em Segurança do Trabalho  <b>Maria Roberlia Tenório Campos Gomes</b> Técnica em Segurança do Trabalho  <b>Pedro Henrique Bernardo da Silva</b> Técnico em Segurança do Trabalho	Data: ____/____/____
<b>Análise:</b> <b>Laísa Malta de Messias Nogueira</b> Psicóloga Organizacional Chefe da Divisão de Gestão de Pessoas	Data: ____/____/____
<b>Validação:</b>  <b>Laísa Malta de Messias Nogueira</b> Psicóloga Organizacional Chefe da Divisão de Gestão de Pessoas  <b>Celina de Azevedo Dias</b> Chefe do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente	Data: ____/____/____  Data: ____/____/____
<b>Aprovação:</b>  <b>Anderson de Barros Dantas</b> Gerente Administrativo	Data: ____/____/____

*Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte*