



COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE EM SERVIÇO – SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL – CAT/SP

NOME DA UNIDADE DE SAÚDE: NOME DO ÓRGÃO OU ENTIDADE: ENDEREÇO:
--

I. DADOS DO(A) SERVIDOR(A)

Nome:			
Sexo: () F () M	Data de nascimento: ____/____/____	CPF:	RG:
Endereço:			
Bairro:		Cidade:	
UF:	CEP:		
Tel.: (Comercial):	Residencial:	Celular:	
E-mail:			
DADOS FUNCIONAIS:			
SIAPE:		Identificação única:	
Órgão:		Lotação de exercício:	
Cargo:		Função:	

II. ACIDENTE OU DOENÇA

Data do acidente/doença: ____/____/____	Hora:	Local (Ex: pátio, rampa de acesso, posto de trabalho ou nome da rua.)
Órgão:	CNPJ:	
UF:	Município:	
Descrição da situação geradora do acidente/doença: (Especificar após quantas horas de trabalho o acidente ocorreu)		
Tipo: () acidentes típicos* () acidentes de trajeto** () doença ocupacional***		Último dia trabalhado: ____/____/____
Características do acidente/situação de adoecimento:		

() Com afastamento () Sem afastamento () Com lesão () Sem lesão () Com óbito	
Parte(s) do corpo atingida(s) (TABELA I):	
Agente Causador Acidente (TABELA II):	
Agente Causador da Doença Profissional (TABELA III):	
Situação Geradora do Acidente ou Doença (TABELA IV):	
Houve registro policial do acidente? () Sim () Não	
Dados das testemunhas, se possível:	
1. Testemunha	
Nome:	
Endereço:	
Telefones de contato:	
2. Testemunha	
Nome:	
Endereço:	
Telefone de contato:	

III. DECLARAÇÃO E DADOS DO EMITENTE

(Declaramos serem verdadeiras todas as informações aqui prestadas, assumindo total responsabilidade pelas mesmas)

Nome:	
CPF:	SIAPE (Se servidor público da UFC):
Categoria: () Próprio servidor () Chefia imediata () Familiar () Profissional da DESMT/CPASE () Médico do Trabalho e/ou perito () Testemunha do acidente () Outro: _____	
Contatos:	
Data do registro: ____/____/____	
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%; border-top: 1px solid black; text-align: center;">(Assinatura e carimbo, se possível, do emitente)</div> <div style="width: 45%; border-top: 1px solid black; text-align: center;">(Assinatura e Carimbo, se possível, da chefia imediata)</div> </div>	

IV. ATENDIMENTO DE SAÚDE

Houve atendimento em alguma unidade de saúde? () Sim () Não.	Se sim, qual a data do atendimento? ____/____/____
Qual (is) procedimento(s) adotado(s) no atendimento?	
Houve internação? () Sim () Não	Duração provável do tratamento: _____ dias
Descrição e natureza da lesão:	

Diagnóstico provável:		CID:
Observações:		
O servidor deverá afastar-se do trabalho durante o tratamento? () Sim () Não	Houve nexo causal? () Sim () Não. <u>Se sim, especifique:</u>	
Data do registro: ____/____/____		
_____ (Assinatura e carimbo, se possível, do emitente)	_____ (Assinatura e Carimbo, se possível, da chefia imediata)	
_____ (Assinatura e carimbo do Médico do Trabalho ou assistente)		