



COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE EM SERVIÇO DO SETOR PÚBLICO – CAT/SP

I. Dados do Acidentado

1. Nome Completo:			
2. Sexo: () F () M	3. Data de nascimento: ____/____/____	4. CPF:	5. RG:
6. Endereço:			
7. Bairro:	8. Cidade:		
9. UF:	10. CEP:		
11.1 Tel.: (Comercial):	11.2 Resid.:	11.3 Celular:	
12. E-mail::			
13. SIAPE:		14. Identificação única:	
15. Órgão:		16. Lotação de exercício:	
17. Cargo:		18. Função:	

II. Dados do Acidente/doença

19. Data do acidente/doença: ____/____/____	20. Hora:	21. Local (Ex: pátio, rampa de acesso, posto de trabalho ou nome da rua.)
22. Descrição da situação geradora do acidente/doença: (Especificar após quantas horas de trabalho o acidente ocorreu)		
23. Último dia de trabalho: ____/____/____		
24. Características do acidente/situação de adoecimento: () Com afastamento () Sem afastamento () Com lesão () Sem lesão () Com óbito	25. Parte(s) do corpo atingida(s):	
26. Houve registro policial do acidente? () Sim () Não		
27. Testemunhas:		

III. Declaração e Dados do Emitente

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

28. Nome:	
29. CPF:	30. SIAPE:
31. Categoria: () Próprio servidor () Chefia imediata	

32. Contatos:

33. Data do registro: ____/____/____

(Assinatura e carimbo do emitente)

IV. Informações de competência do Médico do Trabalho/médico perito ou assistente

34. Houve atendimento em alguma unidade de saúde? () Sim () Não.

35. Se sim, qual a data do atendimento?

____/____/____

36. Qual (is) procedimento(s) adotado(s) no atendimento?

37. Houve internação? () Sim () Não

38. Duração provável do tratamento: _____ dias

39. Descrição e natureza da lesão:

40. Tipo: () acidentes típicos* () acidentes de trajeto** () doença ocupacional***

41. Diagnóstico provável:

42. CID:

43. O servidor deverá afastar-se do trabalho? () Sim () Não

44. Houve nexo causal? () Sim () Não. Se sim, especifique:

45. Contatos:

46. Data do registro: ____/____/____

(Assinatura e carimbo, se possível, do emitente)

(Assinatura e carimbo do Médico do Trabalho ou assistente)

UNIVERSIDADE DA INTEGRAÇÃO INTERNACIONAL DA LUSOFONIA AFRO-BRASILEIRA

Campus da Liberdade – Av. da Abolição, 3 – Centro, Redenção – CE - CEP.: 62.790-000 - Tel: (85) 3332.1136

Visite o Portal do Servidor: <http://www.unilab.edu.br/area-do-servidor/> - Utilize papel reciclado e de forma consciente.

