



Ministério da Educação
Universidade Federal de Santa Maria
Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas
Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor - SIASS

COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DO TRABALHO NO SERVIÇO PÚBLICO – CAT/SP

EMITENTE		
Nome do(a) emitente:		
CPF:	Telefones:	
Data do registro do acidente:		
SERVIDOR		
Nome do(a) servidor(a):		
Sexo; () Masculino () Feminino	Data de nascimento:	
CPF:	RG:	
ENDEREÇO		
Endereço:		
Município:	UF:	Telefones:
CEP:	E-mail:	
DADOS FUNCIONAIS		
Matrícula SIAPE:		
Órgão:	Lotação de exercício:	
Cargo:		
Função:		
ACIDENTE OU DOENÇA		
Data do acidente:	Hora do acidente:	
Após quantas horas de trabalho? _____ horas e _____ minutos		
Tipo de acidente: () acidente típico () acidente de trajeto () doença profissional		
Houve afastamento? () Sim () Não		
Último dia trabalhado:		
Parte(s) do corpo atingida(s)*:		
*(Descrição da região anatômica atingida. Ex: cabeça, ombro, punho, braço e outros).		
Agente causador do acidente*:		
*(Descrição do espaço físico onde ocorreu o acidente. Ex: escada, rua, piso, passarela, corredor e outros).		
Agente causador da doença*:		
*(Ex: esforço excessivo, exposição a ruído, exposição a temperaturas elevadas, inalação de substância cáustica, tóxica ou nociva, dentre outros).		
Situação geradora do acidente ou doença*:		
*(Descrição da situação em que houve o acidente ou doença).		
Houve registro policial? () Sim () Não	Houve morte? () Sim () Não	

LOCAL DO ACIDENTE	
Local do acidente*:	
*(Ex: estabelecimento da empregadora, empresa onde a empregadora presta serviço, via pública, área rural ou outros).	
Especificação do local do acidente*:	
*(Ex: pátio, rampa de acesso, posto de trabalho ou nome da rua).	
Órgão:	CGC/CNPJ:
Município:	UF:

TESTEMUNHA 1 (quando houver)		
Nome:		
Endereço:		
Município:	UF:	Telefones:
CEP:	E-mail:	

TESTEMUNHA 2 (quando houver)		
Nome:		
Endereço:		
Município:	UF:	Telefones:
CEP:	E-mail:	

ATENDIMENTO DE SAÚDE	
Unidade de atendimento:	
(Descrição do local do atendimento. Ex: Santa Casa, pronto socorro, hospital e outros).	
Data:	Hora:
Houve internação? () Sim () Não	Duração provável do tratamento: _____ dias
Deverá o acidentado afastar-se do trabalho durante o tratamento? () Sim () Não	
Descrição da natureza da lesão*:	
(Descrever o aspecto e condições da lesão).	
Diagnóstico provável*:	
CID*:	
[Informar o(s) e nome(s) da(s) doença(s) ou agravo(s), conforme o CID 10].	
Observações:	
(Campo destinado a outras informações importantes).	
Assinatura e carimbo:	Data:

*Campos que devem ser preenchidos com o máximo de informação e detalhamento.