

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: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> acidente típico <input type="checkbox"/> acidente de trajeto <input type="checkbox"/> doença profissional		
Houve afastamento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Houve morte? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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:
CEP:	Telefones: E-mail:
TESTEMUNHA 2 (quando houver)	
Nome:	
Endereço:	
Município:	UF:
CEP:	Telefones: 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? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Duração provável do tratamento: _____ dias
Deverá o acidentado afastar-se do trabalho durante o tratamento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Descrição da natureza da lesão*: (Descrever o aspecto e condições da lesão).	
Diagnóstico provável*: [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.