



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
REITORIA
SUBSISTEMA INTEGRADO DE ATENÇÃO À SAÚDE DO SERVIDOR
SIASS-UFCG – SEDE**

COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE E DOENÇA DO TRABALHO NO SERVIÇO PÚBLICO - CAT/SP

1 DADOS PESSOAIS DO SERVIDOR

Nome: _____			
Sexo: _____	Data de Nascimento: _____	CPF: _____	RG: _____

2 ENDEREÇO DO SERVIDOR

Logradouro: _____	Número: _____	
Comp.: _____	Bairro: _____	
CEP: _____	Cidade: _____	UF: _____
Telefones : Cel.: _____	Fixo: _____	E-mail _____

3 DADOS FUNCIONAIS DO SERVIDOR

Identificação Única: _____	Órgão: _____
Lotação de Exercício: _____	Matrícula SIAPE: _____
Cargo: _____	Função: _____

4 DADOS DO ACIDENTE OU DOENÇA

Data do Acidente: _____	Hora do Acidente: _____	Após Quantas Horas de Trabalho? _____
Tipo: _____	Último Dia Trabalho: _____	Houve Afastamento? _____
Parte (s) do Corpo Atingida (s): 		
Agente Causador do Acidente: 		
Agente Causador da Doença: 		
Situação Geradora do Acidente ou Doença: 		
Houve Registro Policial? _____	Houve Morte? _____	



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
REITORIA
SUBSISTEMA INTEGRADO DE ATENÇÃO À SAÚDE DO SERVIDOR
SIASS-UFCG – SEDE

5 LOCAL DO ACIDENTE / DOENÇA

Especificação do Local do Acidente:

CGC/CNPJ:

Órgão:

UF:

Município:

6 TESTEMUNHA 1 (QUANDO HOUVER)

Nome: _____

CEP: _____ Logradouro: _____

Número: _____ Complemento: _____ Bairro: _____

UF: _____ Município: _____

Telefone: _____

7 TESTEMUNHA 2 (QUANDO HOUVER)

Nome: _____

CEP: _____ Logradouro: _____

Número: _____ Complemento: _____ Bairro: _____

UF: _____ Município: _____

Telefone: _____

8 DADOS DO ATENDIMENTO DE SAÚDE

Unidade de Atendimento: _____

Data: _____ Hora: _____ Houve Internação? _____

9 DECLARAÇÃO E DADOS DO EMITENTE DA CAT/SP

Nome: _____

Telefone: _____ E-mail: _____ Data do Preenchimento: _____

Tipo da CAT: _____

Declaro, para fins de direito, sob as penas da lei, serem verdadeiras todas as informações aqui prestadas, assumindo total responsabilidade pelas mesmas.

Assinatura e carimbo do Emitente

Assinatura e carimbo da Chefia Imediata

10 ATESTADO MÉDICO (COMPETÊNCIA DO MÉDICO ASSISTENTE) - "ART. 112 DO CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA / PARECER CFM N 37/01"

Descrição da Natureza da Lesão: _____

Diagnóstico Provável: _____



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
REITORIA
SUBSISTEMA INTEGRADO DE ATENÇÃO À SAÚDE DO SERVIDOR
SIASS-UFCG – SEDE

CID-10:		
Duração Provável do Tratamento:		
Deverá o Servidor Acidentado/Doente Afastar-se do Trabalho Durante o Tratamento?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Observações:		
Local/UF e Data: _____ / ____ / ____ / ____		
Médico Assistente Assinatura e Carimbo		

11

EQUIPE DE VIGILÂNCIA DE AMBIENTES E PROCESSOS DE TRABALHO (APENAS SERVIDORES DA UFCG)

Foi realizada perícia no local do acidente?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO					
Em caso positivo ao item anterior, a perícia / vistoria do local apresentou evidências do suposto acidente?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO					
Em caso positivo ao item anterior, quais evidências? (Anexar os registros sempre que possível)							
Existe laudo de avaliação ambiental?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO					
Se não, uma avaliação preliminar constata:							
<input type="checkbox"/> Ruído	<input type="checkbox"/> Frio	<input type="checkbox"/> Radiação ionizante	<input type="checkbox"/> Radiação não ionizante	<input type="checkbox"/> Vibrações	<input type="checkbox"/> Explosivos	<input type="checkbox"/> Iluminação	<input type="checkbox"/> Calor
<input type="checkbox"/> Umidade	<input type="checkbox"/> Inflamáveis	<input type="checkbox"/> Ar comprimido	<input type="checkbox"/> Mobiliário				
Químico:	<input type="checkbox"/> Agente Químico	<input type="checkbox"/> Aerodispersóides	<input type="checkbox"/> Atividades e operações com agentes químicos				
Biológico:	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO					
Mecânico:	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO					
Ergonômico:	<input type="checkbox"/> Iluminação	<input type="checkbox"/> Mobiliário	<input type="checkbox"/> Organização do trabalho				
O ambiente pode ter sido fator para a ocorrência do acidente em serviço?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO					
É caracterizado como acidente de serviço?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Requer abertura de CAT/SP no Sistema SIASS?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO		
Recomendações/Observações: (Anexar)							
Local e data:							
Campina Grande/PB, ____ / ____ / ____				Responsável pela Perícia/Inspeção Técnica (Assinatura e carimbo)			

12

NEXO CAUSAL (DE COMPETÊNCIA DO PERITO OFICIAL EM SAÚDE)

Houve Nexo Causal?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> ENCAMINHAR
Local e data:			
Campina Grande/PB, ____ / ____ / ____			Perito Oficial em Saúde – SIASS UFCG (Assinatura e Carimbo)