	Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão Secretaria de Recursos Humanos Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor – SIASS **Universidade Federal de Uberlândia - UFU**

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

DADOS DO SERVIDOR	
Nome:	
Sexo:	Data de Nascimento:
RG:	CPF:

DADOS FUNCIONAIS	
Órgão:	
Lotação de Exercício:	
Matrícula SIAPE:	
Cargo:	Função:
Chefia Imediata:	Telefone/Ramal da Chefia:

ENDEREÇO RESIDENCIAL		
Logradouro:	Número:	Complemento:
Bairro:	Cidade:	UF:
CEP:	E-mail:	
Telefone Particular: ( )	Telefone Trabalho:	

DADOS DO ATENDIMENTO MÉDICO (Solicitar auxilio do Médico que oferecer o primeiro atendimento)	
Unidade de Atendimento: (Ex: santa casa, pronto socorro, hospital e outros)	
Parte(s) do corpo atingida(s)*: (Descrição da região anatômica atingida. Ex: cabeça, ombro,punho, braço e outros)	
Data do Atendimento:	Hora do atendimento:
Houve internação? (sim/não)	Duração provável do tratamento: (xx dias)
Deverá afastar-se do trabalho durante o tratamento: (sim/não)	CID 10: (informar o(s) códigos e nomes da(s) doença(s) ou agravos a CID 10)
Descrição e Natureza da Lesão: (descrever o aspecto e condições da lesão)	
Diagnóstico Provável:	
Nome do Médico:	CRM:

DADOS DO ACIDENTE/DOENÇA OCUPACIONAL	
Local do Acidente (Ex: estabelecimento da empregadora, empresa onde a empregadora presta serviço, via pública, área rural; e outros):	
Especificação do Local do Acidente* (Ex: pátio, rampa de acesso, posto de trabalho ou nome da rua)	
CGC/CNPJ:	Órgão:
Município:	UF:
Data do Acidente (dd/mm/aaaa):	Hora do Acidente (hh:min):
Após quantas horas de trabalho? *(hh:min):	Houve Afastamento? (sim/não)
Último Dia Trabalhado: (dd/mm/aaaa)	
Houve Registro Policial? (sim/não)	Houve Morte do Acidentado? (sim/não)
Agente Causador do Acidente* (Descrição do espaço físico ou objeto que provocou o acidente. Ex: escada, rua, piso, passarela, corredor, agulha, substância química, animais; e outros)	

Agente Causador da Doença* (Ex: esforço excessivo; exposição a ruído; exposição a temperaturas elevadas; inalação de substância cáustica, tóxica ou nociva; e outros)	

Situação Geradora do Acidente/Doença*
(Descrição da situação em que houve o acidente/doença):_____
_____
_____
_____
_____
_____

TESTEMUNHAS (Preencher ao menos um campo completamente)	
Nome (1) :	( ) Visual ( ) Circunstâncial
Endereço:	Telefone:
Nome (2) :	( ) Visual ( ) Circunstâncial
Endereço:	Telefone:

EMITENTE (Poderá ser preenchido por qualquer pessoa na impossibilidade do próprio acidentado preencher)	
Nome do Emitente:	Contatos:
Data do Registro:	

_____ Assinatura do Acidentado

_____ Assinatura do Emitente

Notas:

1 – Após preenchimento, entrar em contato com a JUMOF – Junta Médica Oficial, ramais: 2812, 2391 ou 2844, e agendar a perícia. Levar este formulário e apresenta-lo a secretaria da Junta.
2 – Anexar cópia(s) de atestado(s) médico(s), registro policial/bombeiros e outros pertinentes.