



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

Importante:

Preencher o formulário conforme as ORIENTAÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DA CAT/RGPS

1. TIPO DE CAT/SP

Inicial Reabertura Comunicação de óbito

1.2. Data do Registro da CAT/SP (dd/mm/aaaa): ____/____/____

2. EMITENTE

2.1. Nome do Emitente:

2.2. Contatos:

2.3. Cargo/função:

3. DADOS DO SERVIDOR

3.1. Nome:

3.3. Sexo
() M () F

3.4. Data de Nascimento
____/____/____

3.2. Nome da mãe:

3.5. CPF

3.6. RG

3.7. Estado Civil

3.8. Aposentado Sim () Não ()

4. ENDEREÇO

4.1. Logradouro

4.2. Número

4.3. Complemento

4.4. Bairro

4.5. CEP

4.6. Cidade

4.7. UF

4.8. Telefone
()

4.9. E-mail

5. DADOS FUNCIONAIS

5.1. Identificação Única

5.2. Órgão (sigla)

5.3. Local (cidade) e Lotação de Exercício

5.4. Nome da Chefia
Imediata

5.5. Matrícula SIAPE

5.6. Cargo

5.7. Função

5.8. Data de Admissão
____/____/____

6. ACIDENTE OU DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO

6.1. Data Acidente/ Doença
____/____/____

6.2. Horário do Acidente

6.3. Após quantas horas de trabalho?

6.4. Tipo de Acidente

() Acidente Típico

() Acidente com Óbito

() Acidente de Trajeto

() Doença Relacionada ao Trabalho

6.5. Local do acidente:

Órgão:
UF:
Município:

6.6. Agente causador do acidente:

6.7. Situação geradora do acidente ou doença:

6.8. Agente causador da doença:

6.9. Houve Afastamento? () SIM () NÃO

6.10. Último dia trabalhado ____/____/____

6.11. Houve Testemunhas? () NÃO () SIM*

*Se sim, preencher:

Testemunha 1

Nome:
CEP:
Endereço:

Testemunha 2:

Nome:
CEP:
Endereço:

6.12. Houve registro policial? () SIM () NÃO

6.13. Parte(s) do corpo atingida(s):

6.14. Descrição do acidente ou da doença relacionada ao trabalho

Declaro serem verdadeiras todas as informações aqui prestadas, assumindo total responsabilidade pelas mesmas.

Chefia imediata, ciência.

Assinatura do emitente

Assinatura da chefia (matrícula SIAPE)

7. ATENDIMENTO DE SAÚDE
PREENCHIMENTO A SER REALIZADO POR MÉDICO

7.1. Unidade de atendimento:

7.2. Data _____ Hora: _____ 7.3. Houve internação? () SIM () NÃO

7.4. Duração provável do tratamento: _____ 7.5. O acidentado necessita de afastamento? () SIM () NÃO

7.6. Descrição e natureza lesão

7.7. Diagnóstico provável

CID:

7.8. Observações:

8. CARACTERIZAÇÃO DO ACIDENTE
PREENCHIMENTO A SER REALIZADO POR EQUIPE DE AVALIAÇÃO DO LOCAL DO ACIDENTE

8.1. Foi realizada vistoria no local do acidente? () SIM () NÃO

8.2. Existe Laudo de avaliação ambiental? () SIM () NÃO

8.3. O ambiente pode ter sido fator para a ocorrência do acidente em serviço: () SIM () NÃO

8.4. Descrição do local do acidente:

9. CONCLUSÃO - ESTABELECIMENTO DO NEXO CAUSAL
PREENCHIMENTO A SER REALIZADO POR PERITO

9.1. É caracterizado como acidente em serviço ou doença relacionada ao trabalho?
() SIM () NÃO

9.2. Encaminhar para o serviço médico e de perícia do SIASS?
() SIM () NÃO

() OUTRO: _____

9.3.. Recomendações:

Local e Data:

Encaminhe-se a Unidade / Órgão / Entidade

Em ___ / ___ / ____

Assinatura e matrícula SIAPE do Perito