



SUBSISTEMA INTEGRADO DE ATENÇÃO À SAÚDE DO SERVIDOR PÚBLICO
FEDERAL DO INSTITUTO
UNIVERSIDADE DA INTEGRAÇÃO INTERNACIONAL DA LUSOFONIA AFRO -
BRASILEIRA - UNILAB
SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DE PESSOAS
DIVISÃO DE SAÚDE, SEGURANÇA E QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO



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

I. Dados do Acidentado

1. Nome Completo:			
2. Sexo: () F () M	3. Data de nascimento: ____/____/____	4. CPF:	5. RG:
6. Endereço:			
7. Bairro:		8. Cidade:	
9. UF:	10. CEP:		
11.1 Tel.:(Comercial):	11.2 Resid.:	11.3 Celular:	
12. E-mail::			
13. SIAPE:		14. Identificação única:	
15. Órgão:		16. Lotação de exercício:	
17. Cargo:		18. Função:	

II. Dados do Acidente/doença

19. Data do acidente/doença: ____/____/____	20. Hora:	21. Local (Ex: pátio, rampa de acesso, posto de trabalho ou nome da rua.)
22. Descrição da situação geradora do acidente/doença: (Especificar após quantas horas de trabalho o acidente ocorreu)		
23. Último dia de trabalho: ____/____/____		
24. Características do acidente/situação de adoecimento: () Com afastamento () Sem afastamento () Com lesão () Sem lesão () Com óbito	25. Parte(s) do corpo atingida(s):	
26. Houve registro policial do acidente? () Sim () Não		
27. Testemunhas:		

III. Declaração e Dados do Emitente

(Declaramos serem verdadeiras todas as informações aqui prestadas, assumindo total responsabilidade pelas mesmas)

28. Nome:	
29. CPF:	30. SIAPE:
31. Categoria: () Próprio servidor () Chefia imediata	

32. Contatos:	
33. Data do registro: ____/____/____	
_____ (Assinatura e carimbo do emitente)	
IV. Informações de competência do Médico do Trabalho/médico perito ou assistente	
34. Houve atendimento em alguma unidade de saúde? () Sim () Não.	35. Se sim, qual a data do atendimento? ____/____/____
36. Qual (is) procedimento(s) adotado(s) no atendimento?	
37. Houve internação? () Sim () Não	38. Duração provável do tratamento: _____ dias
39. Descrição e natureza da lesão:	
40. Tipo: () acidentes típicos* () acidentes de trajeto** () doença ocupacional***	
41. Diagnóstico provável:	42. CID:
43. O servidor deverá afastar-se do trabalho? () Sim () Não	44. Houve nexa causal? () Sim () Não. Se sim, especifique:
45. Contatos:	
46. Data do registro: ____/____/____	
_____ (Assinatura e carimbo, se possível, do emitente)	
_____ (Assinatura e carimbo do Médico do Trabalho ou assistente)	

