SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL 

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

SUBSISTEMA INTEGRADO DE ATENÇÃO À SAÚDE DO SERVIDOR

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE EM SERVIÇO (CAT/SP)** | | | | | | | | | | | | |
| I-Emitente | Servidor ou familiar ( ) Sindicato ( ) Médico ( ) Gestor ou chefia ( ) Outros ( ) | | | | | | | | | | | |
| 1- Nome do emitente: | | | | | | 2- Contato: | | | | 3- Local e data do registro: | |
|
| II-Tipo | **\* Preenchimento exclusivo do SIASS-UFG:** 1-Acidente típico ( ) 2- Acidente de trajeto ( ) 3- Outros ( ) | | | | | | | | | | | |
|
| III-Dados Pessoais servidor | 1- Nome do acidentado: | | | 2- Sexo: F ( ) M ( ) | | | | | | | | 3- Data de nascimento: |
| 4- CPF: | | 5- RG: | | | | | | 6- Órgão expedidor: | | | |
| IV-Endereço servidor | 1- Logradouro: | | 2- Número: | | 3- Complemento | | | | | | 4- Bairro / Setor: | |
|
| 5- CEP: | | 6- Cidade: | | | | | | | | 7- UF: | |
| 8- Telefone: | | 9-Endereço eletrônico: | | | | | | | | | |
| V-Dados funcionais servidor | 1- Identificação única: | | 2- Órgão: | | | 3- Lotação de exercício: | | | | | | |
| 4- Matrícula SIAPE: | 5- Cargo: | | | | | | | 6- Função: | | | |
| VI- Dados do acidente ou doença relacionada ao trabalho | 1- Data do acidente: | | 2- Hora do acidente: | | | | | | 3- Após quantas horas de trabalho: | | | |
|
| 4- Houve afastamento: | | 5- Data do último dia trabalhado: | | | | | 6- Parte(s) do corpo atingida(s): | | | | |
| Sim ( ) Não ( ) | |
|
| 7- Agente causador do acidente / doença (queda da própria altura ou de equipamentos, esforço excessivo, exposição ao ruído, | | | | | | | | | | | |
| exposição a temperaturas elevadas, inalação de substâncias tóxicas ou nocivas, outros): | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
|
| 8- Situação geradora do acidente ou doença: | | | | | | | | | | | |
|
| 9- Houve registro policial: Sim ( ) Não ( ) | | Nº do registro: | | | | | | | | | |
| 10- Houve morte: Sim ( ) Não ( ) | | 11- Local do acidente (nome do local, via pública, outros): | | | | | | | | | |
| 12- Especificação do local do acidente | |
| (pátio, rampa de acesso, laboratório, outros): | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| 14- Município/UF: | | | | | | | | | | | |
| 15- Testemunhas (quando houver): | | | | | | | | | | | |
| Nome testemunha 1: | | Telefone: | | | | | | | CPF: | | |
|
| Nome testemunha 2: | | Telefone: | | | | | | | CPF: | | |
|
| **Assinatura do emitente** | | | | | | | | | | | |

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

SUBSISTEMA INTEGRADO DE ATENÇÃO À SAÚDE DO SERVIDOR

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| VII- Atendimento Médico | 1- Houve atendimento inicial no órgão: Sim ( ) Não ( ) | | | |
| 2- Unidade de atendimento (pronto socorro, hospital, outros): | | | |
|
|
|
| 3- Descrição resumida do atendimento realizado pelo médico do órgão (quando houver): | | | |
|
|
|
|
| 4- Data: | | 5- Hora: | |
| 6- Houve internação: Sim ( ) Não ( ) | | 7- Duração provável do tratamento: | |
| 8- Deverá o acidentado afastar-se do trabalho durante o tratamento: Sim ( ) Não ( ) | | | |
| 9- Descrição e natureza da lesão: | | | |
|
|
|
|
|
|
|
| 10- Diagnóstico provável: | | | |
|
|
|
|
|
| 11- CID 10 (informar o(s) código(s) e nome(s) da(s) doença(s) ou agravo(s), conforme o CID 10): | | | |
|
|
|
|
|
| 12- Observações (campo destinado a outras informações importantes): | | | |
|
|
|
|
|
|
|
| Localidade: | Data:  \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | **Assinatura e carimbo do médico assistente** |
|
|
|

**\* Item II – Tipo do Acidente: Preenchimento exclusivo pelo SIASS-UFG.**