

**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	* <b>Preenchimento exclusivo do SIASS-UFG:</b> 1-Acidente típico ( )    2- Acidente de trajeto ( )    3- Outros ( )			
III-Dados servidor	1- Nome do acidentado:		2- Sexo: M ( ) F ( )	3- Data de nascimento:
	4- CPF:		5- RG:	6- Órgão expedidor:
IV-Endereço servidor	1- Logradouro:		2- Número:	3- Complemento
	5- CEP:		4- Bairro / Setor:	
	8- Telefone:		6- Cidade:	
V-Dados funcionais servidor	7- UF:		9-Endereço eletrônico:	
	1- Lotação de exercício:		2- Órgão:	
VI-Dados do acidente ou doença relacionada ao trabalho	3- Matrícula SIAPE:		4- Cargo:	5- Função:
	1- Data do acidente:		2- Hora do acidente:	3- Após quantas horas de trabalho:
	4- Houve afastamento: Sim ( ) Não ( )		5- Data último dia trabalhado:	6- Parte(s) do corpo atingida(s):
	7- Agente causador do acidente / doença (equipamentos e materiais; mobiliário e acessórios; esforço excessivo; exposição ao ruído e à temperaturas elevadas; inalação de substâncias tóxicas; outros):			
	8- Situação geradora do acidente ou doença (modo como ocorreu):			
	9- Registro policial: Sim ( ) Não ( )		10- Nº do registro:	11- Morte: Sim ( ) Não ( )
	12- Local do acidente (nome do local, via pública, outros):		13- Especificação do local do acidente (sala, laboratório, outros):	
	14- Município/UF:			
	15- Testemunhas (quando houver):			
	Nome testemunha 1:		Telefone:	CPF:
Nome testemunha 2:		Telefone:	CPF:	
<b>Assinatura do emitente</b>				

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: ____/____/____	<b>Assinatura e carimbo do médico assistente</b>