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.**