

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE JATAÍ
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-UFJ: 1-Acidente típico () 2- Acidente de trajeto () 3- Doença ()				
III-Dados servidor	1- Nome do acidentado:				
	2- CPF: _____._____._____ -		3- Sexo: M () F ()		4- Data de nascimento: _____/_____/____
			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 funcionai s servidor	1- Identificação única:		2- Órgão:		3- Lotação do Exercício:
	4- Matrícula SIAPE:		5- Cargo		6 - Função:
VI-Dados do acidente ou doença relacionada ao trabalho	1- Data do acidente ou do diagnóstico da doença: _____/_____/____		2- Hora do acidente: _____:____h		3- Após quantas horas de trabalho: _____:____h
	4- Houve afastamento: Sim () Não ()		5- Data do 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:
	Assinatura do emitente				

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