|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO NO SERVIÇO PÚBLICO – CAT/SP** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **EMITENTE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **1.** Nome do Emitente | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **3.** Data do Registro (dd/mm/aaaa) | | | | | | | | | | | | **2.** Contato | | | | | | | | | | |
| **DADOS DO SERVIDOR ACIDENTADO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **4.** Nome | | | | | | | | | | | | | | | | **5.** Sexo  ( ) M ( ) F | | | | | | **6.** Data de Nascimento  **/ /** |
| **7.** CPF | | | | | | | | | | | | | | | | **8.** RG | | | | | | |
| **ENDEREÇO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **9.** Logradouro | | | | | | | | | **10.** Número | | | | | | | | **11.** Complemento | | | | | |
| **12.** Bairro | | | | **13.** CEP | | | | | | **14.** Cidade | | | | | | | | | | | **15.** UF | |
| **16.** Telefone  ( ) | | | | | | | | **17.** e-mail | | | | | | | | | | | | | | |
| **DADOS FUNCIONAIS** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **18.** Identificação Única | | | **19.** Órgão | | | **20.** Lotação de Exercício | | | | | | | | | | | | | **21.** Nome da Chefia Imediata | | | |
| **22.** Matricula SIAPE  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | **23.** Cargo | | | | | | | | | | | **24.** Função | | | | | | | **25.** Data de Admissão  **\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_ /** \_\_\_\_\_\_\_ | |
| **ACIDENTE OU DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **26.** Data do Acidente (dd/mm/aa)  / / | | | | | **27.** Horário do Acidente (hh:mm) | | | | | | | | | | **28.** Após quantas horas de trabalho? | | | | | | | |
| **29.** Tipo de Acidente | ( ) Acidente Típico | | | | | | | | | | | | ( ) Acidente com Óbito | | | | | | | | | |
| ( ) Acidente de Trajeto | | | | | | | | | | | | ( ) Doença Relacionada ao Trabalho | | | | | | | | | |
| **30.** Houve Afastamento? ( ) SIM ( ) NÃO | | | | | | | **31.** Último dia de trabalho? / / | | | | | | | | | | | | | | | |
| **32.** Houve Testemunhas? ( ) SIM ( ) NÃO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Testemunha 1 (quando houver) | | | | | | | | | | | Testemunha 2 (quando houver) | | | | | | | | | | | |
| Nome | | | | | | | | | | | Nome | | | | | | | | | | | |
| Logradouro | | | | | | | | | | | Logradouro | | | | | | | | | | | |
| Número | | Complemento | | | | | | | | | Número | | | | | | | | | Complemento | | |
| Bairro | | Município | | | | | | | | | Bairro | | | | | | | | | Município | | |
| UF | | Telefone | | | | | | | | | UF | | | | | | | | | Telefone | | |
| **33.** Parte(s) do corpo atingida(s): ( ) Cabeça (exceto olhos) / ( ) Olhos / ( ) Tronco frente / ( ) Tronco costa / ( ) Mãos /  ( ) Membros superiores (exceto mãos) / ( ) Pés / ( ) Membros inferiores (exceto pés) / ( ) Aparelho respiratório /  ( ) Outros sistemas e aparelhos / ( ) Múltiplas partes. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **corpo humano (4)** | | | | | **corpo humano - Cabeça** | | | | | | | | | | | | | **corpo humano - mão - palma - esquerda Esquerda corpo humano - mão esquerda**  **corpo humano - mão - palma direita Direita corpo humano - mão direita** | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DireitoCorpo humano - Pé direito EsquerdoCorpo humano - Pé esquerdo** | | | | | | | |
| **34. Descrição do acidente (preenchimento obrigatório)** | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| **De acordo (Testemunha 1)** | | | | **De acordo (Testemunha 2)** | | | |
| **34.1** Agente Causador do Acidente / da Doença | | | | | | | |
| **34.2** Situação Geradora do Acidente ou Doença | | | | | | | |
| **34.3** Houve Registro Policial? ( ) SIM ( ) NÃO | | | | | | | |
| **34.4** Local do Acidente | | | | CGC/CNPJ | | | |
| **34.4.1** Órgão | | | | Município / UF | | | |
| **34.4.2** Especificação do local do Acidente | | | | | | | |
| **ATENDIMENTO DE SAÚDE** | | | | | | | |
| **35.1** Atendimento inicial no DeAS? ( ) SIM ( ) NÃO | | **35.1.1** Quem atendeu? | | | | | |
| **35.1.2** Qual foi a conduta adotada? | | | | | | | |
| **35.2** Unidade de Atendimento externo – citar e anexar cópia dos registros dos atendimentos de saúde (atestados, prescrições, receitas, exames): | | | | | Data (dd/mm/aa) | | Hora (hh:mm) |
| **35.2.1** Houve internação? .......( ) SIM  ( ) NÃO | **35.3** Duração provável do tratamento (dias) | | | | | | |
| **35.4** Deverá o acidentado afastar-se do trabalho durante o tratamento? ( ) SIM ( ) NÃO | | | | | | |
| **35.5** Lesão | | | | | | | |
| **35.6** Diagnóstico provável | | | | | | CID | |
| **35.7** Observações: | | | | | | | |
| **Declaro serem verdadeiras todas as informações aqui prestadas, assumindo total responsabilidade pelas mesmas.** | | | | | | | |
| **Assinatura do acidentado ou responsável** | | | **Assinatura do emitente** | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **EQUIPE DE VIGILÂNCIA À SAÚDE DO SERVIDOR – CARACTERIZAÇÃO DO ACIDENTE** | | |
| **36.** Foi realizada perícia / vistoria no local do acidente? ( ) SIM ( ) NÃO | | |
| **36.1**. Em caso positivo: A perícia / vistoria do local apresentou evidências do suposto acidente? ( ) SIM ( ) NÃO | | |
| **36.2**. Em caso positivo, quais evidências? (Anexar os registros sempre que possível) | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
| **37.** Existe Laudo de avaliação ambiental? ( ) SIM ( ) NÃO | | |
| **37.1 Se não, uma avaliação preliminar constata:**  **37.1.1.** Físico: ( ) ruído continuo / ( ) ruído de impacto / ( ) calor / ( ) frio / ( ) umidade / ( ) vibrações/ ( ) pressões anormais / ( ) radiações não ionizantes / ( ) radiação ionizante;  **37.1.2**. Químico: ( ) agentes químicos / ( ) aerodispersóides / ( ) atividades e operações com agentes químicos;  **37.1.3**. Biológico: ( ) SIM ( ) NÃO  **37.1.4.** Mecânico: ( ) SIM ( ) NÃO  **37.1.5.** Ergonômico: ( ) iluminação / ( ) mobiliário / ( ) organização do trabalho | | |
| **38.** O ambiente pode ter sido fator para a ocorrência do acidente em serviço:( ) SIM ( ) NÃO | | |
| **39.** É caracterizado como acidente em serviço?  ( ) SIM ( ) NÃO | | **40.** Encaminhar para o serviço médico de perícia?  ( ) SIM ( ) NÃO |
| **41.** Recomendações: (anexar) | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
| Local e Data |  | |
| Assinatura e matrícula SIAPE do Responsável pela Equipe de Vigilância à Saúde | |