|  |
| --- |
| **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 |