



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE**  
**REITORIA**  
**SUBSISTEMA INTEGRADO DE ATENÇÃO À SAÚDE DO SERVIDOR**  
**SIASS-UFCG – SEDE**

**COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE E DOENÇA DO TRABALHO NO SERVIÇO PÚBLICO - CAT/SP**

**1 DADOS PESSOAIS DO SERVIDOR**

Nome: _____			
Sexo: _____	Data de Nascimento: _____	CPF: _____	RG: _____

**2 ENDEREÇO DO SERVIDOR**

Logradouro: _____	Número: _____	
Comp.: _____	Bairro: _____	
CEP: _____	Cidade: _____	UF: _____
Telefones : Cel.: _____	Fixo: _____	E-mail _____

**3 DADOS FUNCIONAIS DO SERVIDOR**

Identificação Única: _____	Órgão: _____
Lotação de Exercício: _____	Matrícula SIAPE: _____
Cargo: _____	Função: _____

**4 DADOS DO ACIDENTE OU DOENÇA**

Data do Acidente: _____	Hora do Acidente: _____	Após Quantas Horas de Trabalho? _____
Tipo: _____	Último Dia Trabalho: _____	Houve Afastamento? _____
Parte (s) do Corpo Atingida (s):   		
Agente Causador do Acidente:   		
Agente Causador da Doença:   		
Situação Geradora do Acidente ou Doença:   		
Houve Registro Policial? _____	Houve Morte? _____	



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
REITORIA  
SUBSISTEMA INTEGRADO DE ATENÇÃO À SAÚDE DO SERVIDOR  
SIASS-UFCG – SEDE

**5 LOCAL DO ACIDENTE / DOENÇA**

Especificação do Local do Acidente:

CGC/CNPJ:

Órgão:

UF:

Município:

**6 TESTEMUNHA 1 (QUANDO HOVER)**

Nome: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ Logradouro: \_\_\_\_\_

Número: \_\_\_\_\_ Complemento: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

UF: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

**7 TESTEMUNHA 2 (QUANDO HOVER)**

Nome: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ Logradouro: \_\_\_\_\_

Número: \_\_\_\_\_ Complemento: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

UF: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

**8 DADOS DO ATENDIMENTO DE SAÚDE**

Unidade de Atendimento: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_\_

Houve Internação? \_\_\_\_\_

**9 DECLARAÇÃO E DADOS DO EMITENTE DA CAT/SP**

Nome: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Data do Preenchimento: \_\_\_\_\_

Tipo da CAT: \_\_\_\_\_

**Declaro, para fins de direito, sob as penas da lei, serem verdadeiras todas as informações aqui prestadas, assumindo total responsabilidade pelas mesmas.**

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo do Emitente

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo da Chefia Imediata

**10 ATESTADO MÉDICO (COMPETÊNCIA DO MÉDICO ASSISTENTE) - "ART. 112 DO CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA / PARECER CFM N 37/01"**

Descrição da Natureza da Lesão: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Provável: \_\_\_\_\_



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
REITORIA  
SUBSISTEMA INTEGRADO DE ATENÇÃO À SAÚDE DO SERVIDOR  
SIASS-UFCG – SEDE

CID-10:		
Duração Provável do Tratamento:		
Deverá o Servidor Acidentado/Doente Afastar-se do Trabalho Durante o Tratamento?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Observações:		
Local/UF e Data: _____ / ____ / ____ / ____		
Médico Assistente Assinatura e Carimbo		

11

**EQUIPE DE VIGILÂNCIA DE AMBIENTES E PROCESSOS DE TRABALHO (APENAS SERVIDORES DA UFCG)**

Foi realizada perícia no local do acidente?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO					
Em caso positivo ao item anterior, a perícia / vistoria do local apresentou evidências do suposto acidente?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO					
Em caso positivo ao item anterior, quais evidências? (Anexar os registros sempre que possível)							
Existe laudo de avaliação ambiental?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO					
Se não, uma avaliação preliminar constata:							
<input type="checkbox"/> Ruído	<input type="checkbox"/> Frio	<input type="checkbox"/> Radiação ionizante	<input type="checkbox"/> Radiação não ionizante	<input type="checkbox"/> Vibrações	<input type="checkbox"/> Explosivos	<input type="checkbox"/> Iluminação	<input type="checkbox"/> Calor
<input type="checkbox"/> Umidade	<input type="checkbox"/> Inflamáveis	<input type="checkbox"/> Ar comprimido	<input type="checkbox"/> Mobiliário				
Químico:	<input type="checkbox"/> Agente Químico	<input type="checkbox"/> Aerodispersóides	<input type="checkbox"/> Atividades e operações com agentes químicos				
Biológico:	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO					
Mecânico:	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO					
Ergonômico:	<input type="checkbox"/> Iluminação	<input type="checkbox"/> Mobiliário	<input type="checkbox"/> Organização do trabalho				
O ambiente pode ter sido fator para a ocorrência do acidente em serviço?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO					
É caracterizado como acidente de serviço?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Requer abertura de CAT/SP no Sistema SIASS?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO		
Recomendações/Observações: (Anexar)							
Local e data:							
Campina Grande/PB, ____ / ____ / ____				Responsável pela Perícia/Inspeção Técnica (Assinatura e carimbo)			

12

**NEXO CAUSAL (DE COMPETÊNCIA DO PERITO OFICIAL EM SAÚDE)**

Houve Nexo Causal?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> ENCAMINHAR
Local e data:			
Campina Grande/PB, ____ / ____ / ____			Perito Oficial em Saúde – SIASS   UFCG (Assinatura e Carimbo)