

COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO NO SERVIÇO PÚBLICO – CAT/SP

EMITENTE

1. Nome do Emitente

3. Data do Registro (dd/mm/aaaa)

2. Contatos

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. Matrícula 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.

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? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> 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 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)
35.1.1 Houve internação? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	35.2 Duração provável do tratamento (dias)	
35.4 Lesão	35.3 Deverá o acidentado afastar-se do trabalho durante o tratamento? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
35.5 Diagnóstico provável		CID
35.6 Observações:		
Declaro serem verdadeiras todas as informações aqui prestadas, assumindo total responsabilidade pelas mesmas.		
Assinatura do acidentado ou responsável		Assinatura do emitente

EQUIPE DO SIASS – CARACTERIZAÇÃO DO ACIDENTE	
36. Foi realizada perícia / vistoria no local do acidente? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
36.1. Em caso positivo: A perícia / vistoria do local apresentou evidências do suposto acidente? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
36.2. Em caso positivo, quais evidências? (Anexo I - Anexar os registros sempre que possível)	
37. Existe Laudo de avaliação ambiental? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
37.1 Se não, uma avaliação preliminar constata:	
37.1.1. Físico: <input type="checkbox"/> ruído contínuo / <input type="checkbox"/> ruído de impacto / <input type="checkbox"/> calor / <input type="checkbox"/> frio / <input type="checkbox"/> umidade / <input type="checkbox"/> vibrações/ <input type="checkbox"/> pressões anormais / <input type="checkbox"/> radiações não ionizantes / <input type="checkbox"/> radiação ionizante;	
37.1.2. Químico: <input type="checkbox"/> agentes químicos / <input type="checkbox"/> aerodispersóides / <input type="checkbox"/> atividades e operações com agentes químicos;	
37.1.3. Biológico: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
37.1.4. Mecânico: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
37.1.5. Ergonômico: <input type="checkbox"/> iluminação / <input type="checkbox"/> mobiliário / <input type="checkbox"/> organização do trabalho	
38. O ambiente pode ter sido fator para a ocorrência do acidente em serviço: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
39. É caracterizado como acidente em serviço? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	40. Encaminhar para o serviço médico e de perícia? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
41. Recomendações: (Anexo II – se houver)	
Local e Data	Assinatura

ORIENTAÇÃO DE PREENCHIMENTO LEGENDA

- 1 – Informar o nome completo do emitente.
- 2 – Informar telefones e/ou email de contato do emitente.
- 3 – Informar a data de registro do acidente em serviço e/ou doença relacionada ao trabalho.
- 4 – Informar o nome completo do servidor sem reduções.
- 5 – Informar o sexo do servidor.
- 6 - Informar a data de nascimento do servidor.
- 7- Informar CPF do servidor.
- 8- Informar RG do servidor.
- 9, 10, 11, 12, 13, 14 e 15 - Informar endereço do servidor.
- 16 – Informar telefone que se possa entrar em contato com o servidor.
- 17 – Informar e-mail do servidor.
- 18 - Informar identificação única do servidor.
- 19 - Informar o órgão onde o servidor trabalha.
- 20 - Informar a lotação onde do servidor.
- 21- Informar o nome da chefia imediata do servidor acidentado.
- 22 - Informar o número da matrícula do SIAPE do servidor.
- 23 - Informar o cargo do servidor.
- 24 - Informar a função do servidor.
- 25 - Informar a data de admissão do servidor no serviço público.
- 26- Informar a data do acidente.
- 27 - Informar a hora do acidente
- 28 - Informar quantas horas após iniciar o serviço ocorreu o acidente. No caso de acidente de trajeto e doença relacionada ao trabalho desconsiderar o item.
- 29 - Informar se o acidente é: típico, com óbito, de trajeto ou doença relacionada ao trabalho.
- 30 - Informar se o acidente provocou ou não afastamento do servidor para o trabalho.
- 31 - Informar qual o último dia efetivamente trabalhado pelo servidor, mesmo que parcialmente.
- 32 - Informar se teve ou não testemunhas, quando da ocorrência do acidente.
- 33 - Informar a parte do corpo atingida no acidente.
- 34 - Descrever de forma sucinta o acidente.
- 34.1 - Agente Causador do Acidente / da Doença - No caso de Acidente, descrição do espaço físico onde ocorreu o acidente (Ex: escada, rua, piso, passarela, corredor, e outros); No caso de Doença, citar a provável causa (Ex: esforço excessivo, exposição ao ruído, exposição a temperaturas extremas, inalação de substância cáustica, tóxica ou nociva; e outros).
- 34.2 - Situação Geradora do Acidente ou Doença – Descrição da situação em que houve o acidente ou doença.
- 34.3 – Informar se houve registro policial (Boletim de Ocorrência)
- 34.4 - Local do Acidente – Citar o tipo de local (Ex: estabelecimento da empregadora, empresa onde a empregadora presta serviço, via pública, área rural, outros).
- 34.4.1 – Informar qual o órgão público onde ocorreu o acidente (quando for o caso).
- 34.4.2 - Especificação do local do Acidente – Ex: pátio, rampa de acesso, posto de trabalho, nome da rua, etc.
- 35 – Informar os detalhes do atendimento médico ao acidentado (preenchimento deve ser feito com informações do primeiro atendimento)

OBSERVAÇÃO: Os itens de 36 a 41 deverão ser preenchidos pela equipe do SIASS/GV.

- 36 – Informar se a equipe foi ao local do acidente – No caso de acidente de trajeto desconsiderar o item.
- 36.2 – Caso haja registro, o SIASS/GV deverá inseri-lo através de anexo devidamente assinado.
- 37 – Informar se existe Laudo de Avaliação Ambiental. No caso de acidente de trajeto e doença relacionada ao trabalho desconsiderar o item.
- 37.1 – Se não existe laudo, informar de forma preliminar os riscos identificados no ambiente de ocorrência do acidente.
- 38 – Informar se o ambiente de trabalho pode ter “ajudado” (concausa) a ocorrência do acidente.
- 39 – Informar se o acidente pode ser considerado como acidente em serviço.
- 40 - Informar se é necessário o encaminhamento para o serviço médico de perícia.
- 41 – Anexar as recomendações necessárias para que causas semelhantes não ocorram, através de documento anexo.