

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
INSTITUTO NACIONAL DE EDUCAÇÃO DE SURDOS
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: 1-Acidente típico () 2- Acidente de trajeto () 3- Outros ()		
III-Dados Pessoais servidor	1- Nome do acidentado:		2- Sexo: F () M ()
	3- Data de nascimento:	4- CPF:	5- RG:
IV-Endereço servidor	6- Órgão expedidor:		7- UF:
	1- Logradouro:	2- Número:	3- Complemento
	4- Bairro / Setor:	5- CEP:	6- Cidade:
V-Dados funcionais servidor	8- Telefone:		9-Endereço eletrônico:
	1- Identificação única:	2- Órgão:	3- Lotação de exercício:
	4- Matrícula SIAPE:	5- Cargo:	6- Função:
VI- Dados do acidente ou doença relacionada ao trabalho	1- Data do acidente:		2- Hora do acidente:
	3- Após quantas horas de trabalho:		4- Houve afastamento:
	5- Data do último dia trabalhado:		6- Parte(s) do corpo atingida(s):
	7- Agente causador do acidente / doença (queda da própria altura ou de equipamentos, esforço excessivo, exposição ao ruído, exposição a temperaturas elevadas, inalação de substâncias tóxicas ou nocivas, outros):		
	8- Situação geradora do acidente ou doença:		
	9- Houve registro policial: Sim () Não ()		Nº do registro:
	10- Houve morte: Sim () Não ()		11- Local do acidente (nome do local, via pública, outros):
	12- Especificação do local do acidente (pátio, rampa de acesso, laboratório, outros):		
	14- Município/UF:		
	15- Testemunhas (quando houver):		
	Nome testemunha 1:		Telefone:
	Nome testemunha 2:		Telefone:
Assinatura do emitente			

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
 INSTITUTO NACIONAL DE EDUCAÇÃO DE SURDOS
 SUBSISTEMA INTEGRADO DE ATENÇÃO À SAÚDE DO SERVIDOR

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	

*** Item II – Tipo do Acidente: Preenchimento exclusivo pelo SIASS.**