|  |
| --- |
| **COMUNICADO DE ACIDENTE NO SERVIÇO DO SERVIDOR PÚBLICO (CAT/SP)** |
|  |
| Servidor(a) | Matrícula SIAPE | Unidade de Lotação |
| Cargo | Função | DDD e Telefone |
| E-mail | CPF |
| Logradouro | Bairro |
| CEP | Cidade | UF |
| **EMITENTE**     |
| **DADOS DO EMITENTE**

|  |
| --- |
| Nome |
| Contato | CPF | Data e local do registro |

 |
|  |
| **DADOS DO ACIDENTE OU DOENÇA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |   |  |
| Data do acidente   | Hora do acidente:  | Após quantas horas de trabalho |
| Houve afastamento | Último dia trabalhado |
| Partes do corpo atingidas |   |
| Agente causador do acidente OU agente causador da doença |
| Situação geradora do acidente ou doença |
| Houve registro policial? **Caso afirmativo, anexar cópia do registro policial** | Houve morte?   |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****TIPO DE ACIDENTE OU DOENÇA**

|  |
| --- |
| LocalEx: Estabelecimento da empregadora, empresa onde a empregadora presta serviço, via pública, área rural, desconhecido ou outros. |
| Especificação do local do acidenteEx: pátio, rampa de acesso, posto de trabalho ou nome da rua. |
| Município | UF |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****TESTEMUNHAS (SE HOUVER)**

|  |
| --- |
| Nome Testemunha 1 |
| Endereço |
| CPF | Telefone |
| Nome Testemunha 2 |
| Endereço |
| CPF | Telefone |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/20\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Local e Data Assinatura do Emitente |

**PROCEDIMENTO NECESSÁRIO**

* Preencher e assinar o presente formulário;
* Anexar documentos comprobatórios (laudos ou atestados médicos; exames; boletim policial, bombeiros ou SAMU);
* Emitir 4 (quatro) vias do formulário e entregar em até 10 dias corridos para a Coordenadoria de Benefícios e Qualidade de Vida da PROGEP.

**ATENDIMENTO DE SAÚDE**

Preenchimento obrigatório por profissional médico - primeiro atendimento no órgão. Quando primeiro atendimento ocorrer em outra unidade, o servidor ou acompanhante deverá solicitar ao médico que prestou o primeiro atendimento um relatório com as seguintes informações:

|  |
| --- |
| Houve atendimento inicial no órgão  |
| Descrição resumida do atendimento realizado pelo médico do órgão (quando houver) |
| Unidade de atendimento (pronto socorro, hospital, outros) |
| Data | Hora |
| Houve internação  | Duração provável do tratamento |
| Deverá o acidentado afasta-se do trabalho durante o tratamento?  |
| Descrição e natureza da lesão |
| Diagnóstico provável |
| CID 10 |
| Observações |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**NEXO CAUSAL**

|  |
| --- |
| Houve nexo causal   |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_Local e Data | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Assinatura profissional de medicina com carimbo** |