|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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**   |  |  | | --- | --- | | Local    Ex: Estabelecimento da empregadora, empresa onde a empregadora presta serviço, via pública, área rural, desconhecido ou outros. | | | Especificação do local do acidente    Ex: 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** |