



## COMUN. DE ACIDENTE DE TRABALHO NO SERV. PÚBL. (CAT-SP)

### I. Dados do Acidentado

1. Nome Completo			
2. SIAPE	3. Sexo: M F	4. Data de Admissão no Órgão / /	
5. Data de Nasc. / /	6. Cargo		
7. Endereço		8. Ponto de Ref.	
9. Bairro		10. Município	
11. UF	12. CEP	13. Telefone	14. CPF
15. RG	16. Órgão de Exercício/Lotação		
17. E-mail			

### II. Dados do Acidente

18. Data do Acidente / /	19. Hora	20. Local
21. Descrição da situação geradora do Acidente (Especificar após quantas horas de trabalho o acidente ocorreu)		
22. Parte(s) do corpo atingida(s)		
23. Último dia de trabalho / /		
24. Características do Acidente	25. Tipo	26. Houve Registro Policial?
Com Afastamento	Com Lesão	Não
Sem Afastamento	Sem Lesão	Sim
	Com Óbito	
27. Testemunhas		

### III. Declaração e Dados do Emitente

Declaramos serem verdadeiras todas as informações aqui prestadas, assumindo total responsabilidade pelas mesmas.

28. Nome do emitente	
29. Contatos	30. Preencimento em / /
_____	_____
Assinatura e carimbo do Emitente	Assinatura e carimbo da Chefia Imediata

### IV. Informações de competência do Médico do Trabalho ou assistente

31. Descrição e natureza da lesão [ _____ ]	
_____ ]	
32. Diagnóstico provável [ _____ ]	33. CID [ _____ ]
34. Local e Data [ _____, ____ / ____ / ____ ]	
35. Observações: [ _____ ]	
_____ ]	
_____ ]	
Assinatura e carimbo do Médico	

FORM 0035/SPT-UFAL; V.1.1; Última Revisão: 26/05/2011. Este form. pode sofrer alterações, tornando-o inválido. Obtenha uma versão atual no Portal do Servidor.

