



COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE EM SERVIÇO – CAT-SP

Dados da pessoa

Nome Completo			
Nascimento	Raça/cor	Escolaridade	
Nome da mãe			
Endereço			
Matrícula SIAPE	Cargo		
Lotação			
Telefone	Email		

Dados do acidente

Data	Horário	Horas trabalhadas	Local
Descrição			
Partes do corpo atingidas			
Com afastamento	Com lesão	Típico	com registro policial ou emergencial
Sem afastamento	Sem lesão	Trajeto	sem registro policial ou emergencial
	Óbito	Doença ocupacional	

Testemunhas (Nome, telefone, assinatura)

1.
2.

Ciência e assinatura

Assinatura e carimbo do Emitente	Declaro verídicas as informações prestadas, sob as responsabilidades legais cabíveis.
Assinatura de ciência e carimbo da Chefia Imediata	Assinatura do servidor(a)

Informações de competência da Medicina do Trabalho ou médico assistente

Descrição e natureza da lesão	
Diagnóstico provável	CID
Local e Data	Observações:
Assinatura e carimbo do Médico	