



## FORMULÁRIO DE INFORMAÇÕES DE ACIDENTE E DOENÇA DO TRABALHO

<b>1. Nome do servidor:</b>			
<b>2. E-mail institucional:</b>			
<b>3. SIAPE:</b>		<b>4. CPF:</b>	
<b>5. Telefone:</b>		<b>6. Lotação do servidor:</b>	
<b>7. Sexo:</b> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<b>8. Cargo/ Função:</b>		
<b>9. Está em PGD?</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<b>10. Quantos dias/semana em PGD teletrabalho?</b> _____ dias	<b>11. Qual tipo de PGD?</b> <input type="checkbox"/> Teletrabalho <input type="checkbox"/> Presencial <input type="checkbox"/> Híbrido <input type="checkbox"/> Não se aplica	
<b>12. Emitente do Formulário:</b>	<input type="checkbox"/> Próprio servidor	<input type="checkbox"/> Chefia imediata	<input type="checkbox"/> Equipe de vigilância de ambientes e processos de trabalho
	<input type="checkbox"/> Membro da família do servidor	<input type="checkbox"/> Perito oficial em saúde	<input type="checkbox"/> Testemunha do acidente
<b>13. Tipo de CAT a ser emitida:</b>	<input type="checkbox"/> Inicial	<input type="checkbox"/> Reabertura	<input type="checkbox"/> Comunicação de óbito
<b>14. Nome do emitente do Formulário:</b>			
<b>15. Cidade/UF:</b>		<b>16. CPF do Emitente:</b>	
<b>17. Tipo de Acidente:</b>	<input type="checkbox"/> Típico	<input type="checkbox"/> de Trajeto	<input type="checkbox"/> Doença Relacionada ao Trabalho
<b>18. Local do Acidente (Especifique):</b>			
<b>19. Data do Acidente:</b>	/ /20	<b>20. Cidade/UF:</b>	
<b>21. Horário do Acidente:</b>		<b>22. Após quantas horas trabalhadas?</b>	
<b>23. Último dia trabalhado</b>	/ /20	<b>24. Houve Testemunhas?</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<b>25. Houve Registro Policial? (ex.: Boletim de Ocorrência)</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<b>26. Nome da(s) Testemunha(s)</b>			
<b>27. Contato(s) da(s) Testemunha(s)</b>			



28. Característica do acidente	<input type="checkbox"/> Com afastamento	<input type="checkbox"/> Com lesão	<input type="checkbox"/> Com óbito
	<input type="checkbox"/> Sem lesão	<input type="checkbox"/> Sem afastamento	

29. Descrição do acidente (preenchimento obrigatório)

30. Parte (s) do corpo atingida (s):	<input type="checkbox"/> Cabeça (exceto olhos)	<input type="checkbox"/> Tronco frente	<input type="checkbox"/> Membros superiores (exceto mãos)
	<input type="checkbox"/> Olhos	<input type="checkbox"/> Tronco costa	<input type="checkbox"/> Membros inferiores (exceto pés)
	<input type="checkbox"/> Mãos	<input type="checkbox"/> Aparelho respiratório	<input type="checkbox"/> Outros sistemas e aparelhos. Qual?
	<input type="checkbox"/> Pés	<input type="checkbox"/> Múltiplas partes	

**Declaro serem verdadeiras as informações prestadas, e afirmo estar ciente de que, qualquer omissão de informação ou apresentação de declaração, dados ou documentos falsos e/ou divergentes a fim de prejudicar ou alterar a verdade sobre os fatos por mim alegados constitui crime de falsidade ideológica, previsto no art. 299 do Código Penal Brasileiro (Decreto-lei 2848/40) e desde já autorizo a verificação e/ou confirmação dos dados apresentados.**

Data: \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Assinatura do emitente

Assinatura e carimbo da chefia

Obs. 1: Esse Formulário de Informações de Acidente e Doença do Trabalho deverá ser encaminhado a Unidade SIASS da UFRPE em até 05 (cinco) dias contados a partir da data da ocorrência do acidente para a emissão da Comunicação de Acidente de Trabalho do Servidor Público – CAT/SP.

Obs. 2: A CAT/SP configurará prova para os fins legais, na hipótese de não haver outra prova, devendo ser emitida no prazo de 10 (dez) dias, prorrogável quando as circunstâncias assim o exigirem (art. 214 da Lei nº 8.112, de 1990).

Obs. 3: Havendo o afastamento médico, o servidor deverá inserir o atestado ou relatório médico na plataforma *sou.gov*, em até 05 (cinco) do afastamento, informando a opção acidente em serviço.