**FORMULÁRIO DE INFORMAÇÕES DE ACIDENTE E DOENÇA DO TRABALHO**

|  |  |
| --- | --- |
| **1. Nome do servidor:** |   |
| **2. E-mail institucional:** |   |
| **3. SIAPE:** |   | **4. CPF:** |   |
| **5. Telefone:** |   | **6. Lotação do servidor:** |   |
| **7. Sexo:** **M F** | **8. Cargo/ Função:** |   |
| **9. Está em PGD? Sim Não** | **10. Quantos dias/semana em PGD teletrabalho?** | **\_\_** **\_ dias** | **11. Qual tipo de PGD?** **Teletrabalho Presencial**  **Híbrido Não se aplica**  |
| **12. Emitente do Formulário:** | **Próprio servidor** |  **Chefia imediata** | **Equipe de vigilância de ambientes e processos de trabalho** |
|  **Membro da família do servidor** |  **Perito oficial em saúde** |  **Testemunha do acidente** |
| **13. Tipo de CAT a ser emitida:** | **Inicial** | **Reabertura** | **Comunicação de óbito** |
| **14. Nome do emitente do Formulário:** |   |
| **15. Cidade/UF:** |   | **16. CPF do Emitente:** |   |
| **17. Tipo de Acidente:** |  **Típico** | **de Trajeto** |  **Doença Relacionada ao Trabalho** |
| **18. Local do Acidente (Especifique):** |   |
| **19. Data do Acidente:** |  / /20  | **20. Cidade/UF:** |   |
| **21. Horário do Acidente:** |   | **22. Após quantas horas trabalhadas?** |   |
| **23. Último dia trabalhado** |  / /20  | **24. Houve Testemunhas?**  **Sim Não** | **25. Houve Registro Policial? (ex.: Boletim de Ocorrência) Sim Não** |
| **26. Nome da(s) Testemunha(s)** |   |
| **27. Contato(s) da(s) Testemunha(s)** |   |   |
| **28. Característica do acidente**  |  **Com afastamento**  |  **Com lesão**  | **Com óbito**  |
|  **Sem lesão**  |  **Sem afastamento**  |
| **29. Descrição do acidente (preenchimento obrigatório)** |
|   |
| **30. Parte (s) do corpo atingida (s):**  | **Cabeça (exceto olhos)**  |  **Tronco frente**  |  **Membros superiores (exceto mãos)**  |
|  **Olhos** |  **Tronco costa** |  **Membros inferiores (exceto pés)**  |
|  **Mãos** | **Aparelho respiratório**  |  **Outros sistemas e aparelhos. Qual?** |
|  **Pés** | **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.** |