



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA  
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA BAIANO  
DIRETORIA DE GESTÃO DE PESSOAS – DGP  
Coordenação de Atenção a Saúde e Qualidade de Vida

## COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE EM SERVIÇO – CAS

### COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE E DOENÇA EM SERVIÇO NO SERVIÇO PÚBLICO – CAT/SP

#### EMITENTE

1. Nome do Emitente	
2. Data do Registro	3. Contatos (tel., e-mail)

#### DADOS DO SERVIDOR ACIDENTADO

4. Nome	5. Sexo <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	6. Data de Nascimento
7. CPF	8. RG	

#### ENDEREÇO

9. Logradouro	10. Número	11. Complemento	
12. Bairro	13. CEP	14. Cidade	15. UF
16. Telefone Fixo/Celular ( )	17. e-mail		

#### DADOS FUNCIONAIS

18. SIAPE	19. Órgão	20. Lotação de Exercício	21. Nome da Chefia Imediata
22. Identificação Única	23. Cargo	24. Função	25. Data de Admissão

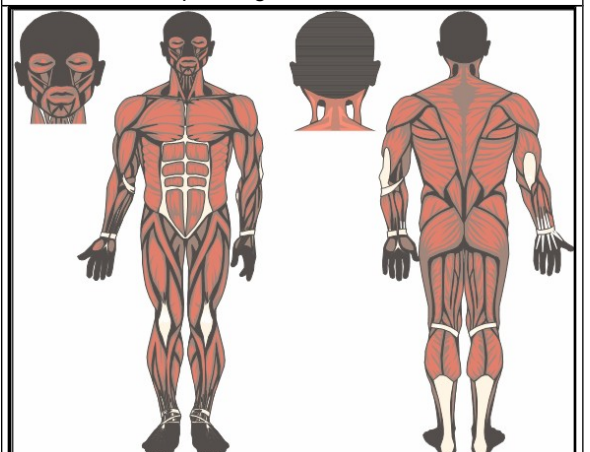
#### ACIDENTE OU DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO

26. Data do Acidente	27. Horário do Acidente (hh:mm)	28. Após quantas horas de trabalho?
29. Tipo de Acidente	<input type="radio"/> Acidente Típico <input type="radio"/> Acidente com Óbito <input type="radio"/> Acidente de Trajeto <input type="radio"/> Doença Relacionada ao Trabalho	
30. Houve Afastamento? <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO	31. Último dia de trabalho	
32. Houve Testemunhas? <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NAO		

Testemunha 1 (quando houver)		Testemunha 2 (quando houver)	
Nome:		Nome:	
Logradouro:		Logradouro:	
Número:	Complemento:	Número:	Complemento:
Bairro:	Município:	Bairro:	Município:
UF:	Telefone:( )	UF:	Telefone:( )

33. Descrição do acidente (preenchimento obrigatório)

34. Parte do corpo atingida no acidente.





MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA  
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA BAIANO  
DIRETORIA DE GESTÃO DE PESSOAS – DGP  
Coordenação de Atenção a Saúde e Qualidade de Vida

### COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE EM SERVIÇO – CAS

<b>De acordo (Testemunha 1)</b>	<b>De acordo (Testemunha 2)</b>
<b>34.1</b> Agente Causador do Acidente / da Doença:	
<b>34.2</b> Situação Geradora do Acidente ou Doença	
<b>34.3</b> Houve Registro Policial? <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO (Em caso afirmativo, anexar o B.O)	
<b>34.4</b> Local do Acidente	Município / UF
<b>34.4.1</b> Órgão	CGC/CNPJ
<b>34.4.2</b> Especificação do local do Acidente	

#### ATENDIMENTO DE SAÚDE

<b>35.1</b> Houve atendimento no posto médico do <i>campus</i> ? <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO	<b>35.1.1</b> Quem atendeu?			
<b>35.1.2</b> Qual foi a conduta adotada?				
<b>35.2</b> Houve atendimento em unidade médico/hospitalar externo? <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO	Data (dd/mm/aa)	Hora (hh:mm)		
<b>35.2.1</b> Em caso afirmativo, qual unidade?				
<b>35.2.2</b> Houve internação? <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO				
<b>Atestado Médico</b>	<b>35.3</b> Houve apresentação de Atestado Médico? <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO (Em caso afirmativo, preencher os campos abaixo)			
	<b>35.3.1</b> Duração provável do tratamento (dias):			
	<b>35.4</b> Deverá o acidentado afastar-se do trabalho durante o tratamento? <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO			
	<b>35.5</b> Lesão			
	<b>35.6</b> Diagnóstico provável	CID		
	<b>35.7</b> Nome do Médico Assistente	CRM		

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

Assinatura do acidentado ou responsável	Assinatura do emitente
---	------------------------



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA  
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA BAIANO  
DIRETORIA DE GESTÃO DE PESSOAS – DGP  
Coordenação de Atenção a Saúde e Qualidade de Vida

## COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE EM SERVIÇO – CAS

### ORIENTAÇÃO PARA PREENCHIMENTO

- 1 – Informar o nome completo do emitente.
- 2 – Informar a data de registro do acidente em serviço e/ou doença relacionada ao trabalho.
- 3 – Informar telefones e/ou email de contato do emitente.
- 4 – Informar o nome completo do servidor sem reduções.
- 5 – Informar o sexo do servidor.
- 6 – Informar a data de nascimento do servidor.
- 7 – Informar CPF do servidor.
- 8 – Informar RG do servidor.
- 9, 10, 11, 12, 13, 14 e 15 – Informar endereço do servidor.
- 16 – Informar telefone que se possa entrar em contato com o servidor.
- 17 – Informar e-mail do servidor.
- 18 – Informar o número da matrícula do SIAPE do servidor.
- 19 – Informar o órgão onde o servidor trabalha.
- 20 – Informar a lotação onde o servidor trabalha.
- 21 – Informar o nome da chefia imediata do servidor acidentado.
- 22 – Informar identificação única do servidor.
- 23 – Informar o cargo do servidor.
- 24 – Informar a função do servidor.
- 25 – Informar a data de admissão do servidor no serviço público.
- 26 – Informar a data do acidente.
- 27 – Informar a hora do acidente
- 28 – Informar quantas horas após iniciar o serviço ocorreu o acidente. No caso de acidente de trajeto e doença relacionada ao trabalho desconsiderar o item.
- 29 – Informar se o acidente é: típico, com óbito, de trajeto ou doença relacionada ao trabalho.
- 30 – Informar se o acidente provocou ou não afastamento do servidor para o trabalho.
- 31 – Informar qual o último dia efetivamente trabalhado pelo servidor, mesmo que parcialmente.
- 32 – Informar se teve ou não testemunhas, quando da ocorrência do acidente.
- 33 – Descrever de forma sucinta o acidente.
- 34 – Assinalar a parte do corpo atingida no acidente.
- 34.1 – Agente Causador do Acidente / da Doença – No caso de Acidente, descrição do espaço físico onde ocorreu o acidente (Ex: escada, rua, piso, passarela, corredor, e outros); No caso de Doença, citar a provável causa (Ex: esforço excessivo, exposição ao ruído, exposição a temperaturas extremas, inalação de substância cáustica, tóxica ou nociva; e outros).
- 34.2 – Situação Geradora do Acidente ou Doença – Descrição da situação em que houve o acidente ou doença(Ex: esforço excessivo ao erguer objeto, impacto sofrido por pessoa de objeto que cai, etc.).
- 34.3 – Informar se houve registro policial (Boletim de Ocorrência)
- 34.4 – Local do Acidente – Citar o tipo de local (Ex: estabelecimento da empregadora, empresa onde a empregadora presta serviço, via pública, área rural, outros).
- 34.4.1 – Informar qual o órgão público onde ocorreu o acidente (quando for o caso).
- 34.4.2 – Especificação do local do Acidente – Ex: pátio, rampa de acesso, posto de trabalho, nome da rua, etc.
- 35 – Informar os detalhes do atendimento médico ao acidentado

#### **OBSERVAÇÕES ADICIONAIS:** *(Extraído do Manual de Perícia Oficial em Saúde do Servidor Público Federal – 2ª Edição, 2004.)*

1. **Acidente Típico:** São todos os acidentes que ocorrem no desenvolvimento das atividades laborais no ambiente de trabalho ou a serviço deste, durante a jornada de trabalho, ou quando estiver à disposição do trabalho. O acidente típico é considerado como um acontecimento súbito e imprevisto, que pode provocar no servidor incapacidade para o desempenho das atividades laborais.
2. **Acidente de Trajeto:** São os acidentes que ocorrem no trajeto entre a residência e o trabalho ou vice-versa.
3. **Doenças Relacionadas ao Trabalho:** Enfermidade adquirida ou desencadeada em função de condições especiais em que o trabalho é realizado e com ele se relacione diretamente. (deve constar na relação do Anexo II do RPS do decreto 3.048/99).
4. Conforme determinação expressa do art. 214 da Lei nº 8.112 de 1990, a prova do acidente será feita no prazo de 10 (dez) dias, prorrogável quando as circunstâncias o exigirem. Será aceito como prova qualquer documento que comprove a ocorrência do fato, a exemplo de boletim de ocorrência, fotografia, relato de profissional socorrista ou congêneres, testemunhas, dentre outros meios que registrem o fato ocorrido.
5. A CAT/SP poderá ser preenchida:
  - Pelo próprio servidor;
  - Por sua chefia imediata;
  - Pela equipe de vigilância de ambientes e processos de trabalho;
  - Por membro da família do servidor;
  - Por perito oficial em saúde;
  - Por testemunha do acidente.
6. Após o devido preenchimento da CAT/SP, esta deverá ser encaminhada para a Unidade SIASS ou serviço de saúde do servidor, ou, na inexistência destes, para a unidade de gestão de pessoas à qual o servidor estiver vinculado.