COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE E AGRAVOS À SAÚDE DO SERVIDOR – CASS

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PARTE I – IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR** | | | | | | |
| **1. INFORMAÇÕES DO SERVIDOR** | | | | | | |
| Nome: MARIA APARECIDA ANDRADE GONZAGA . Nome da mãe: . RG: Estado Civil: Data de Nascimento: / / . Sexo: [ ]M [ ]F Cargo: Perfil Profissional: . Data do Efetivo Exercício: / / . Função Exercida: . Exerce a Função desde: / / . Matrícula: .  Endereço Residencial: Nº . Bairro: Cidade: UF: . CEP: - . Telefone Residencial: ( ) Celular: ( ) .  É Gestante? [ ]SIM [ ]NÃO Se sim: [ ] 1º Trimestre [ ] 2º Trimestre [ ] 3º Trimestre. | | | | | | |
| **2. FORMAÇÃO ESCOLAR** | | | | | | |
| [ | ] Ens. Fundamental Completo | | | | [ | ] Ens. Superior Completo |
| [ | ] Ens. Médio Incompleto | | | | [ | ] Especialização |
| [ | ] Ens. Médio Completo | | | | [ | ] Mestrado |
| [ | ] Ens. Superior Incompleto | | | | [ | ] Doutorado |
| **3. IDENTIFICAÇÃO DO ÓRGÃO** | | | | | | |
| Nome do Órgão/Entidade de Lotação do Servidor: . Local do Efetivo Exercício: . Município: Telefone:( ) . | | | | | | |
| **4. INFORMAÇÕES SOBRE O ACIDENTE DE TRABALHO** | | | | | **5. TIPO DE ACIDENTE OU AGRAVO** | |
| Data do Acidente: / | | / . | Hora do Acidente: : | h. | [ | ] 1.Típico |
| Local do Acidente: . | | | | | [ | ] 2.Trajeto |
| Detalhar o Local do Acidente: | | | | | [ | ] 3.Doença |
| . | | | | |  |  |
| **6. HOUVE MORTE?** | |
| Número de horas trabalhadas até o acidente: : h. | | | | |
|  |  |
| Após o acidente houve necessidade do servidor interromper o seu trabalho? | | | | | [ | ] Sim |
|  | | [ ] Sim | [ ] Não |  | [ | ] Não |

|  |
| --- |
| **7. DESCRIÇÃO DO ACIDENTE E AGRAVO À SAÚDE DO SERVIDOR** |
|  |
| **8. PARTE(S) DO CORPO ATINGIDA(S)** |
|  |
| **9. AGENTE CAUSADOR** |
|  |
| **10. HOUVE REGISTRO POLICIAL?** [ ] SIM [ ] NÃO |
| **11. TESTEMUNHAS DO ACIDENTE DE TRABALHO** |
| Nome: . Endereço: Nº Complemento: . Bairro: Município: UF: . CEP: - Telefone Fixo( ) Celular:( ) . |
| Nome: . Endereço: Nº Complemento: . Bairro: Município: UF: . CEP: - Telefone Fixo:( ) Celular:( ) . |
| **12. IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE DA CASS** |
| Nome do Emitente por extenso: . Local , Data .  Assinatura do Emitente e Carimbo |
| **PARTE II – ATESTADO MÉDICO** |
| **13. LAUDO DE EXAME MÉDICO** |
| Unidade de Atendimento Médico: Data: / / Horário: : Hs Descrição e natureza da(s) Lesão(ões):  \_ |

|  |
| --- |
| .  Diagnóstico Provável: \_CID : . Houve Internação: [ ] SIM [ ] NÃO  Provável duração do tratamento (dias): . Deverá o acidentado, durante o tratamento, afastar-se do trabalho? [ ] SIM [ ] NÃO  Há compatibilidade entre o estágio evolutivo da(s) lesão(ões) e a data do acidente declarada no anverso?  [ ] SIM [ ] NÃO  Há correlação entre a natureza, grau e localização da(s) lesão(ões) e o histórico do acidente que a(s) teriam provocado?  [ ] SIM [ ] NÃO  Condições patológicas pré-existentes ao acidente ou agravo:  Observações:  . Local ,Data .  Assinatura e Carimbo/CRM do Médico Assistente |
| **PARTE III – COMITÊ SETORIAL DE SAÚDE E SEGURANÇA NO TRABALHO - COSESST** |
| **14. USO EXCLUSIVO DO COSESST** |
| Nome do Órgão/Entidade: . Nº da CASS: Recebida em: / / .  Assinatura e Matrícula  Comitê Setorial de Saúde e Segurança no Trabalho |
| **O PREENCHIMENTO DA CASS É OBRIGATÓRIO MESMO NO CASO EM QUE NÃO HAJA AFASTAMENTO DO TRABALHO. A VIA ORIGINAL DA CASS DEVERÁ SER ENTREGUE NA COORDENADORIA DE PERICIA MÉDICA.**  **AS DEMAIS CÓPIAS ENTREGUES PARA A CLST/GESTÃO DE PESSOAS/SERVIDOR ACIDENTADO.** |