

**COMUNICAÇÃO INTERNA DE  
ACIDENTE EM SERVIÇO - CIAS**

DESCRIÇÃO DO ÓRGÃO/SECRETARIA			
LOCAL DE TRABALHO			
<b>IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR</b>			
CPF		MATRÍCULA	
NOME			
E-MAIL		TELEFONE	
ESTADO CIVIL	DATA NASCIMENTO	SEXO ( ) MASCULINO ( ) FEMENINO	
ESCOLARIDADE ( ) FUNDAMENTAL ( ) MÉDIO ( ) SUPERIOR ( ) PÓS-GRADUAÇÃO			
<b>INFORMAÇÕES FUNCIONAIS</b>			
CARGO		FUNÇÃO/COMPETÊNCIA	
DATA DA ADMISSÃO:	CARGA HORÁRIA	HORÁRIO DE TRABALHO	
____/____/____		MATUTINO	VESPERTINO
<b>ENDEREÇO DE DOMICILIO</b>			
LOGRADOURO		BAIRRO	
MUNICIPIO		COMPLEMENTO	
<b>ACIDENTE EM SERVIÇO</b>			
<b>TIPO DE COMUNICAÇÃO</b>			
( ) INICIAL ( ) REABERTURA ( ) COMPLEMENTAR ( ) ÓBITO			
<b>TIPO DE REQUERENTE</b>			
( ) SERVIDOR ACIDENTADO ( ) FAMILIAR ( ) CHEFIA IMEDIATA ( ) OUTRO			
ATIVIDADE QUE EXECUTAVA QUANDO SOFREU O ACIDENTE?			
<b>DESCRIÇÃO DO ACIDENTE</b>			
<b>LOCAL DO ACIDENTE</b>			
( ) ÓRGÃO/ENTIDADE DE LOTAÇÃO ( ) OUTRO ÓRGÃO PÚBLICO ( ) VIA PÚBLICA ( ) OUTRO			
RUA:		COMPLEMENTO	
BAIRRO	MUNICIPIO	CEP	
<b>INFORMAÇÕES DO ACIDENTE</b>			
HOUVE REGISTRO POLICIAL ( ) SIM ( ) NÃO	TIPO ( ) TÍPICO ( ) TRAJETO ( ) DOENÇA		
DATA	HORA	OCORREU APÓS QUANTAS HORAS DE TRABALHO?	

**COMUNICAÇÃO INTERNA DE  
ACIDENTE EM SERVIÇO – CONTINUAÇÃO**

<b>TAREFA QUE ESTAVA EXECUTANDO</b>				<b>CÓDIGO</b>
<b>AGENTE/FONTE CAUSADORA DO ACIDENTE EM SERVIÇO</b>				<b>CÓDIGO</b>
<b>TIPO E FORMA DE CONTATO COM O AGENTE CAUSADOR DAS LESÕES</b>				<b>CÓDIGO</b>
<b>PARTE DO CORPO ATINGIDA</b>	<b>CÓDIGO</b>	<b>CÓDIGO</b>	<b>CÓDIGO</b>	<b>CÓDIGO</b>
<b>OBJETO/FONTE CAUSADORA DAS LESÕES</b>				<b>CÓDIGO</b>
<b>NATUREZA DAS LESÕES</b>				<b>CÓDIGO</b>
<b>CARIMBO/MATRÍCULA E ASSINATURA DA CHEFIA IMEDIATA</b>				
<b>DATA</b>  / /				

**COMUNICAÇÃO INTERNA DE  
ACIDENTE EM SERVIÇO - CONTINUAÇÃO****IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR ACIDENTADO**

<b>NOME</b>	
<b>DESCRIÇÃO DO ÓRGÃO/ENTIDADE</b>	<b>LOCAL DE TRABALHO</b>
<b>CARGO</b>	<b>FUNÇÃO/COMPETÊNCIA</b>

**DECLARAÇÃO DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE EM SERVIÇO <sup>2</sup>**

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS, SOB AS PENAS PREVISTAS NO ARTIGO Nº 299, DO DECRETO- LEI N 2.848, DE 07.12.1940 (CÓDIGO PENAL), QUE PRESENCEI O ACIDENTE EM SERVIÇO OCORRIDO EM (DIA/MÊS/ANO) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, COM O SERVIDOR (A) NOMINADO (A) ACIMA.

**TESTEMUNHA**

<b>IDENTIFICAÇÃO</b>			
<b>NOME</b>			
<b>ENDEREÇO DE DOMICÍLIO</b>			
<b>LOGRADOURO</b>		<b>BAIRRO</b>	
<b>MUNICÍPIO</b>	<b>COMPLEMENTO</b>		<b>CEP</b>
<b>E-MAIL</b>	<b>TELEFONE</b>		
<b>ASSINATURA</b>			<b>DATA</b> / /

**TESTEMUNHA**

<b>IDENTIFICAÇÃO</b>			
<b>NOME</b>			
<b>ENDEREÇO DE DOMICÍLIO</b>			
<b>LOGRADOURO</b>		<b>BAIRRO</b>	
<b>MUNICÍPIO</b>	<b>COMPLEMENTO</b>		<b>CEP</b>
<b>E-MAIL</b>	<b>TELEFONE</b>		
<b>ASSINATURA</b>			<b>DATA</b> / /

**REQUERENTE**

<b>DATA</b>	<b>ASSINATURA DO SERVIDOR ACIDENTADO OU RESPONSÁVEL</b>
-------------	---

**COMUNICAÇÃO INTERNA DE  
ACIDENTE EM SERVIÇO - CONTINUAÇÃO****IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR ACIDENTADO**

<b>NOME</b>	
<b>DESCRIÇÃO DO ÓRGÃO/ENTIDADE</b>	<b>LOCAL DE TRABALHO</b>
<b>CARGO</b>	<b>FUNÇÃO/COMPETÊNCIA</b>

**LAUDO DO MÉDICO ASSISTENTE**

<b>AVALIAÇÃO CLÍNICA/DESCRIÇÃO DAS LESÕES</b>			
<b>CONDIÇÕES PATOLÓGICAS PRÉ-EXISTENTES</b>			
<b>DIAGNÓSTICO PROVÁVEL</b>			
<b>DURAÇÃO PROVÁVEL DO TRATAMENTO (EM DIAS)</b>	<b>DURAÇÃO PROVÁVEL DO AFASTAMENTO</b>	<b>CID:</b>	
<b>AVALIAÇÃO INICIAL DA GRAVIDADE DA LESÃO</b>			
<input type="checkbox"/> SEM LESÃO.			
<input type="checkbox"/> LEVE: COM LESÃO SEM PERDA FUNCIONAL DA PARTE DO CORPO ATINGIDA.			
<input type="checkbox"/> MODERADO: COM LESÃO E PERDA FUNCIONAL TEMPORÁRIA DA PARTE DO CORPO ATINGIDA.			
<input type="checkbox"/> GRAVE: COM LESÃO E PERDA FUNCIONAL PERMANENTE DA PARTE DO CORPO ATINGIDA.			
<input type="checkbox"/> ÓBITO			
<b>DATA:</b> ____/____/____	<b>CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ASSISTENTE</b>		

**COMUNICAÇÃO INTERNA DE  
ACIDENTE EM SERVIÇO - CONTINUAÇÃO****IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR ACIDENTADO**

<b>NOME</b>	
<b>DESCRIÇÃO DO ÓRGÃO/ENTIDADE</b>	<b>LOCAL DE TRABALHO</b>
<b>CARGO</b>	<b>FUNÇÃO/COMPETÊNCIA</b>

<b>GERÊNCIA DE PERÍCIA MÉDICA</b>	
<input type="checkbox"/> DEFERIDO <input type="checkbox"/> INDEFERIDO <input type="checkbox"/> INCONCLUSIVO	<b>PARECER DO PERITO(A) MÉDICO(A)</b>
<b>DATA</b> / /	<b>CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO(A) PERITO(A)</b>
<b>DATA</b> / /	<b>CARIMBO E ASSINATURA DO RESPONSÁVEL TÉCNICO P/ SEG. DO TRABALHO.</b>