

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE EM SERVIÇO ²

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 PRESENCIEI O ACIDENTE EM SERVIÇO OCORRIDO EM (DIA/MÊS/ANO) ____/____/_____, COM O SERVIDOR (A) NOMINADO (A) ACIMA.

TESTEMUNHA

IDENTIFICAÇÃO			
NOME			
ENDEREÇO DE DOMICÍLIO			
RUA		BAIRRO	
MUNICÍPIO	COMPLEMENTO		CEP
E-MAIL	TELEFONE		
ASSINATURA			DATA / /

TESTEMUNHA

IDENTIFICAÇÃO			
NOME			
ENDEREÇO DE DOMICÍLIO			
RUA		COMPLEMENTO	
BAIRRO	MUNICÍPIO		CEP
E-MAIL	TELEFONE		
ASSINATURA			DATA / /

REQUERENTE

DATA	ASSINATURA DO SERVIDOR ACIDENTADO OU RESPONSÁVEL
-------------	---

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

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

LAUDO DO MÉDICO ASSISTENTE

DIAGNÓSTICO PROVÁVEL			
DESCRIÇÃO DETALHADA DAS LESÕES			
CONDIÇÕES PATOLÓGICAS PRÉ-EXISTENTES			
DURAÇÃO PROVÁVEL DO TRATAMENTO (EM DIAS)	DURAÇÃO PROVÁVEL DO AFASTAMENTO	CID	CID
AVALIAÇÃO INICIAL DA GRAVIDADE DA LESÃO			
<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			
DATA: ____/____/____	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ASSISTENTE		

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

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

GERÊNCIA DE PERÍCIA MÉDICA	
<input type="checkbox"/> DEFERIDO <input type="checkbox"/> INDEFERIDO <input type="checkbox"/> INCONCLUSIVO	PARECER DO MÉDICO DO TRABALHO/MÉDICO PERITO
DATA / /	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO DO TRABALHO/MÉDICO PERITO
DATA / /	CARIMBO E ASSINATURA DO TÉCNICO DE SEGURANÇA DO TRABALHO