



COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE E AGRAVOS À SAÚDE DO SERVIDOR – CASS

PARTE I – IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR

1. INFORMAÇÕES DO SERVIDOR

Nome: _____.

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

Data do Acidente: ___/___/____. Hora do Acidente: ____:____ h.

Local do Acidente: _____.

Detalhar o Local do Acidente: _____.

_____.

Número de horas trabalhadas até o acidente: ____:____ h.

Após o acidente houve necessidade do servidor interromper o seu trabalho?

[] Sim [] Não

5. TIPO DE ACIDENTE OU AGRAVO

[] 1. Típico

[] 2. Trajeto

[] 3. Doença

6. HOUVE MORTE?

[] Sim

[] Não



7. DESCRIÇÃO DO ACIDENTE E AGRAVO À SAÚDE DO SERVIDOR

8. PARTE(S) DO CORPO ATINGIDA(S)

9. AGENTE CAUSADOR

10. HOUE 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.