



COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE E AGRAVOS À SAÚDE DO SERVIDOR – CASS

PARTE I – IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR

1. INFORMAÇÕES DO SERVIDOR

Nome: Informar o nome completo do servidor, sem abreviações.

Nome da mãe: Informar o nome completo da mãe do servidor sem abreviaturas

RG: Informar nº, unidade federativa e órgão expedidor.

Estado Civil: Informar a categoria que especifica o estado civil do servidor, sendo: SOLTEIRO; CASADO; VIÚVO; UNIÃO ESTÁVEL; DIVORCIADO; SEPARADO; OUTROS.

Data de Nascimento: Informar a data completa de nascimento do servidor, utilizando a forma DD/MM/AAAA.

Sexo: Marcar ☐ M para o sexo masculino e ☐ F para o sexo feminino.

Cargo: Informar o cargo para o qual o servidor prestou concurso, por exemplo: Técnico do Desenvolvimento Econômico e Social.

Perfil Profissional: Informar a categoria profissional do servidor, por exemplo: advogado.

Data do Efetivo Exercício: Informar a data em que o servidor entrou em exercício, utilizando a forma DD/MM/AA.

Função Exercida: Informar a atividade exercida pelo servidor no momento do acidente ou agravo, por exemplo: motorista.

Exerce a Função desde: Colocar a data em que o servidor começou a exercer a função na qual sofreu o acidente ou agravo.

Matrícula: Informar o número da matrícula do servidor.

Endereço Residencial: Informar o endereço completo do servidor, logradouro, nº, bairro, cidade, estado e CEP.

Telefone Residencial ou Celular: Informar o número de telefone do servidor. O número do telefone, quando houver, deverá ser precedido do DDD do município.

É Gestante? Se for gestante, marcar qual o trimestre que ela se encontra.

2. FORMAÇÃO ESCOLAR

Marcar com um ☒ apenas a opção que demonstre o grau de escolaridade do servidor.

3. IDENTIFICAÇÃO DO ÓRGÃO

Nome do Órgão/Entidade de Lotação do Servidor: Informar o nome completo do órgão ou entidade ao qual o servidor estiver lotado, por exemplo: Secretaria de Estado de Justiça e Direitos Humanos.

Local do Efetivo Exercício: Informar o setor onde o servidor exerce suas atividades diárias, por exemplo: Coordenadoria de Monitoramento ou Superintendência de Arquivo Público.

Município: Informar o município onde se situa o órgão ou entidade no qual o servidor exerce suas atividades.

Telefone: Informar o número do telefone do local onde o servidor estiver lotado acompanhado do DDD.

4. INFORMAÇÕES SOBRE O ACIDENTE DE TRABALHO

Data do Acidente: Informar a data em que o acidente ocorreu. No caso de doença, informar como data do acidente a da conclusão do diagnóstico ou a do início da incapacidade laborativa, devendo ser consignada aquela que ocorrer primeiro. A data deverá ser completa, utilizando a forma DD/MM/AAAA.

Hora do Acidente: Informar a hora da ocorrência do acidente, utilizando quatro dígitos (Exemplo: 10:45Hs). Os campos “Data” e “Hora” referem-se à data e hora do acidente e não ao momento do preenchimento da CASS. No caso de doença, o campo deverá ficar em branco.

Local do Acidente: Informar o local do acidente, sendo:

1. Em órgão ou entidade – Secretaria de Estado de Fazenda.
2. Em unidade de órgão ou entidade – exemplo: Posto Fiscal de Sonora.
3. Em via pública.
4. Em área rural.
5. Outros.

Detalhar o Local do Acidente: Informar de maneira clara e precisa o local onde ocorreu o acidente (Exemplo: pátio, rampa de acesso, posto de trabalho, nome da rua, entre outros.).

Número de horas trabalhadas até o acidente: Informar o número de horas decorridas desde o início da jornada de trabalho até o momento do acidente. No caso de doença, o campo deverá ficar em branco.

Após o acidente houve necessidade do servidor interromper o seu trabalho? Informar se o servidor ficou impossibilitado de prosseguir com suas funções e precisou se ausentar do trabalho, independente de atendimento médico.

5. TIPO DE ACIDENTE OU AGRAVO

Marque com um ☒ apenas a opção que demonstre o tipo de Acidente ou Agravo:

- ☐ 1. Típico (no trabalho)
- ☐ 2. Trajeto (casa p/trabalho; trabalho p/casa)
- ☐ 3. Doença Profissional (após avaliação médica)
- ☐ 4. Doença do Trabalho (após avaliação médica)

6. DESCRIÇÃO DO ACIDENTE E AGRAVO À SAÚDE DO SERVIDOR

Descrever a situação ou a atividade de trabalho desenvolvida pelo servidor e por outros diretamente relacionados ao acidente ou agravo. Tratando-se de acidente de trajeto, especificar o deslocamento e informar se o percurso foi ou não alterado ou interrompido por motivos alheios ao trabalho. No caso de doença, descrever a atividade de trabalho, o ambiente ou as condições em que o trabalho era realizado.

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

- Para acidente do trabalho: deverá ser informada a parte do corpo diretamente atingida pelo agente causador, seja externa ou internamente;
- Para doenças profissionais, do trabalho ou equiparadas informar o órgão ou sistema lesionado.



8. AGENTE CAUSADOR

Informar o agente diretamente relacionado ao acidente, podendo ser máquina, equipamento ou ferramenta, como uma prensa ou uma injetora de plásticos, ou produtos químicos, agentes físicos ou biológicos como benzeno, sílica, ruído ou salmonela (bactéria). Pode ainda ser consignada uma situação específica como queda, choque elétrico, atropelamento etc. Ou agente causador das doenças profissionais ou do trabalho.

9. HOUVE REGISTRO POLICIAL? Informar se houve ou não registro policial. No caso de constar [SIM], deverá ser encaminhada cópia do documento ao Comitê Setorial de Saúde e Segurança no Trabalho junto com a CASS.

10. TESTEMUNHAS DO ACIDENTE DE TRABALHO

Nome: Informar o nome completo da testemunha que tenha presenciado o acidente ou daquela que primeiro tenha tomado ciência do fato, sem abreviaturas.

Endereço: Informar o endereço completo da testemunha que tenha presenciado o acidente ou daquela que primeiro tenha tomado ciência do fato.

Município: Informar o município de residência da testemunha que tenha presenciado o acidente ou daquela que primeiro tenha tomado ciência do fato.

UF: Informar a Unidade Federativa de residência da testemunha que tenha presenciado o acidente ou daquela que primeiro tenha tomado ciência do fato.

Telefone Fixo ou Celular: Informar o número do telefone da testemunha que tenha presenciado o acidente ou daquela que primeiro tenha tomado ciência do fato. O número do telefone, quando houver, deverá ser precedido do código DDD do município.

Local e Data: Informar o local e a data por extenso.

Assinar e não rubricar de maneira que possa ficar por extenso e identificável.

11. IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE DA CASS

Nome do Emitente por extenso: Informar o nome completo e por extenso do emitente da CASS.

Local e Data: Informar o local e a data da emissão da CASS.

Assinatura e carimbo do emitente: No caso da emissão pelo próprio servidor ou por seus dependentes, fica dispensado o carimbo.

PARTE II – ATESTADO MÉDICO

12. LAUDO DE EXAME MÉDICO

Unidade de Atendimento Médico: Informar o nome do local onde foi prestado o primeiro atendimento médico.

Data: Informar a data do atendimento. A data deverá ser completa, utilizando a forma DD/MM/AAAA.

Hora: Informar a hora do atendimento, utilizando quatro dígitos. Exemplo: 15:10Hs.

Descrição da(s) Lesão(ões): Fazer relato claro e sucinto, informando a natureza, tipo da lesão e/ou quadro clínico da doença, citando a parte do corpo atingida, sistemas ou aparelhos.

Diagnóstico Provável: Informar, objetivamente, o diagnóstico.

CID: Classificar conforme a Classificação Internacional de Doenças – CID. Exemplos:

a) S93.4 – Entorse e distensão do tornozelo.

b) M65.9 – Sinovite ou tendinite não especificada.

Há compatibilidade entre o estágio evolutivo da(s) lesão(ões) e a data do acidente declarada no anverso?

Marcar com um [X] para a opção [] SIM ou [] NÃO.

Há correlação entre a natureza, grau e localização da(s) lesão(ões) e o histórico do acidente que a(s) teriam provocado?

Marcar com um [X] para a opção [] SIM ou [] NÃO.

Regime de tratamento a que deverá submeter-se o acidentado:

Assinalar se o regime de tratamento é [] HOSPITALAR ou [] AMBULATORIAL.

Deverá o acidentado, durante o tratamento, afastar-se do trabalho?

Informar a necessidade do afastamento do servidor de suas atividades laborais, durante o tratamento, devendo preencher a opção [] SIM ou [] NÃO.

Condições patológicas pré-existentes ao acidente ou agravamento: Descrever de forma clara e sucinta se houver condição patológica pré-existe.

Observações: Contemplar neste campo informações que possam complementar as demais de maneira que dispensem outros esclarecimentos.

Local e Data: Informar o local e a data do atendimento médico.

Assinatura e Carimbo do Médico Assistente com CRM: Deverá ser consignada a assinatura do médico assistente e apostado o seu carimbo com o número de registro junto ao Conselho Regional de Medicina – CRM.

PARTE III – COMITÊ SETORIAL DE SAÚDE E SEGURANÇA NO TRABALHO - COSESST

13. USO EXCLUSIVO DO COSESST

Nome do Órgão/Entidade: Informar o nome do órgão ou entidade que recebeu a CASS.

Nº da CASS: Informar o número da CASS, obedecendo à sequência de recebimento.

Recebida em: Informar a data completa, utilizando a forma DD/MM/AAAA.

Assinatura e Matrícula: A assinatura por extenso do servidor que recebeu a CASS seguida por sua matrícula.

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.