

Prefeitura Municipal de Angra dos Reis
Recursos Humanos
CIAT – COMUNICAÇÃO INTERNA DE ACIDENTE DE TRABALHO

1-EMITENTE: <input type="radio"/> 1-Empregador <input type="radio"/> 2-Sindicato <input type="radio"/> 3-Médico Assistente <input type="radio"/> 4-Segurado ou seus Dependentes <input type="radio"/> 5-Autoridade Pública		2-TIPO DE CIAT: <input type="radio"/> 1-Inicial <input type="radio"/> 2-Reabertura <input type="radio"/> 3-Comunicação de Óbito em: <input type="text"/>		
LOCAL DE TRABALHO	3-SECRETARIA: <input type="text"/>		4-DEPARTAMENTO: <input type="text"/>	
	5-TEL/CEL: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		6-UNIDADE: <input type="text"/>	
	7-ENDEREÇO: <input type="text"/>		8-ADMISSÃO: <input type="text"/>	
ACIDENTADO	9-NOME: <input type="text"/>		10-MATRICULA <input type="text"/>	
	11-NASCIMENTO <input type="text"/>	12-SEXO <input type="radio"/> 1-Masc. <input type="radio"/> 2-Fem	13-ESTADO CIVIL: <input type="radio"/> 1-Solteiro <input type="radio"/> 2-Casado <input type="radio"/> 3-Viúvo <input type="radio"/> 4-Sep. Jud. <input type="radio"/> 5-Outro <input type="radio"/> 6-Ign.	
	14-ENDEREÇO <input type="text"/>			
	BAIRRO: <input type="text"/>	CEP: <input type="text"/>	15-MUNICÍPIO: <input type="text"/>	
	16-UF <input type="text"/>	17-TELEFONE <input type="text"/>		
	18-FUNÇÃO: <input type="text"/>		19-CARGO EFETIVO: <input type="text"/>	
	20-REMUNERAÇÃO: <input type="text"/>			
	21-HORÁRIO DE TRABALHO: <input type="text"/>	22-HORÁRIO DE ALMOÇO: <input type="text"/>	23-TEMPO DE TRABALHO NA INSTITUIÇÃO: <input type="text"/>	
24-TEMPO QUE EXERCE A FUNÇÃO: <input type="text"/>				
25-VÍNCULO EMPREGATÍCIO: <input type="radio"/> Temporário <input type="radio"/> Efetivo <input type="radio"/> Outro		26-FEZ TREINO PARA DESEMPENHAR FUNÇÃO: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="text"/>	27-JÁ SOFREU ACIDENTE: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não DATA: <input type="text"/> QUANTOS: <input type="text"/>	
ACIDENTE OU DOENÇA	28.DATA ACIDENTE: <input type="text"/>	29.HORA DO ACIDENTE: <input type="text"/>	30. APÓS QUANTAS HORAS DE TRABALHO? <input type="text"/>	
	31. HOUE AFASTAMENTO? <input type="radio"/> 1-Sim <input type="radio"/> 2-Não		32.ULTIMO DIA DE TRABALHO: <input type="text"/>	
	33.LOCAL DO ACIDENTE <input type="text"/>		34. ESPECIFICAÇÃO DO LOCAL DO ACIDENTE: <input type="text"/>	
	35. PARTE(S) DO CORPO ATINGIDA(S) <input type="text"/>		36.AGENTE CAUSADOR <input type="text"/>	
	37.DESCRICÃO DA SITUAÇÃO GERADORA DO ACIDENTE OU DOENÇA <input type="text"/>			
	38. HOUE REGISTRO POLICIAL? <input type="radio"/> 1-Sim <input type="radio"/> 2-Não	39. HOUE MORTE? <input type="radio"/> 1-Sim <input type="radio"/> 2-Não	40. ESTAVA REALIZANDO A FUNÇÃO PARA QUAL FOI CONTRATADO QUANDO OCORREU O ACIDENTE? <input type="radio"/> 1-Sim <input type="radio"/> 2-Não	
TESTEMUNHAS	41.NOME: <input type="text"/>			
	42.ENDEREÇO: <input type="text"/>		CEP: <input type="text"/>	
	BAIRRO: <input type="text"/>	43..MUNICÍPIO: <input type="text"/>	44.UF <input type="text"/>	
	45.TELEFONE: <input type="text"/>			
	41.NOME: <input type="text"/>			
	42.ENDEREÇO: <input type="text"/>		CEP: <input type="text"/>	
BAIRRO: <input type="text"/>	43..MUNICÍPIO: <input type="text"/>	44.UF <input type="text"/>		
45.TELEFONE: <input type="text"/>				

_____ de _____ de _____
Local Data Assinatura e Carimbo do(a) Emitente

Prefeitura Municipal de Angra dos Reis
Recursos Humanos

CIAT – COMUNICAÇÃO INTERNA DE ACIDENTE DE TRABALHO

ATESTADO MÉDICO	ATENDEMENTO	46.UNIDADE DE ATENDIMENTO MÉDICO:		47.DATA:	48.HORA:	
	LESÃO	49.HOUE INTERNAÇÃO? <input type="radio"/> 1-Sim <input type="radio"/> 2-Não	50.DEVERÁ O ACIDENTADO AFASTAR-SE DO TRABALHO DURANTE O TRATAMENTO: <input type="radio"/> 1-Sim <input type="radio"/> 2-Não	51.DURAÇÃO PROVÁVEL DO TRATAMENTO EM DIAS:		
	DIAGNOSTICO	52.DESCRICÃO E NATUREZA DA LESÃO:			CID10:	
	DIAGNOSTICO	53.LOCALIZAÇÃO DA LESÃO:			54. DIAGNÓSTICO PROVÁVEL:	
55. OBSERVAÇÕES:						

_____, _____ de _____ de _____.
Local Data Assinatura e Carimbo do(a) Médico com CRM

SEGURANÇA DO TRABALHO	56.DATA DE NOTIFICAÇÃO:		57.DATA DE INVESTIGAÇÃO:	
	58.ACIDENTE CARACTERIZADO A.T.? <input type="radio"/> 1-Sim <input type="radio"/> 2-Não	59.TIPO <input type="radio"/> 1-Típico <input type="radio"/> 2-Doença <input type="radio"/> 3-Trajeto		
	60.GRAVIDADE DA LESÃO: <input type="radio"/> Leve <input type="radio"/> Leve Moderada <input type="radio"/> Moderada <input type="radio"/> Moderada/Grave <input type="radio"/> Grave			

_____, _____ de _____ de _____.
Local Data Assinatura e Carimbo do(a) Setor de Segurança do Trabalho

A COMUNICAÇÃO DO ACIDENTE É OBRIGATÓRIA, MESMO NO CASO EM QUE NÃO HAJA AFASTAMENTO DO TRABALHO

Notas: Lei Federal	Notas: Lei Municipal
NR32 – Dispositivo de Segurança Decreto nº 2.172/97 – Art. 134 Decreto nº 2.172/97 – Art. 131 a 133 e 135 A inexatidão das declarações desta comunicação implicará as sanções previstas nos art. 171 a 299 o Código Penal.	LO – 412/95 – Art. 70 e 71

Prefeitura Municipal de Angra dos Reis
Recursos Humanos

CIAT – COMUNICAÇÃO INTERNA DE ACIDENTE DE TRABALHO

PREENCHIMENTO DA CIAT (Orientações):

Campo 1 – Informar o dígito correspondente ao responsável pelo preenchimento do quadro 1 da CIAT.

Campo 2 – Informar o dígito a que se refere o tipo de CIAT. Obs.: Os acidentes com morte imediata deverão ser comunicados na CIAT Tipo Inicial.

Quadro I – EMITENTE – Deverá ser preenchido por completo.

Local do Trabalho: (informações sobre o local de trabalho do acidentado)

Campo 3 – Informar a Secretaria a qual pertence o servidor acidentado;

Campo 4 – Informar o Departamento ao qual pertence o acidentado;

Campo 5 – Informar o telefone do local do acidentado;

Campo 6 – Informar a Unidade, nos casos em que isto seja aplicável e o Centro de Custo do acidentado;

Campo 7 – Informar o endereço de trabalho do servidor acidentado;

Campo 8 – Informar a data de admissão do acidentado.

Acidentado: (informações sobre o acidentado)

Campo 9 – Informar o nome do acidentado;

Campo 10 – Informar o número de matrícula, incluindo o dígito verificador, do acidentado;

Campo 11 – Informar a data de nascimento do acidentado.

Campo 12 – Informar o dígito correspondente ao sexo do acidentado;

Campo 13 – Informar o dígito correspondente ao estado civil do acidentado;

Campo 14 a 17 – Informar endereço de residência do servidor acidentado (rua, número, bairro, CEP, município, UF, telefone);

Campo 18 – Informar função do servidor acidentado;

Campo 19 – Informar cargo do servidor acidentado;

Campo 20 – Informar remuneração mensal do servidor acidentado;

Campo 21 – Informar horário de trabalho oficial do servidor acidentado;

Campo 22 – Informar horário de almoço do servidor acidentado;

Campo 23 – Informar tempo de trabalho do servidor acidentado na PMAR;

Campo 24 – Informar o tempo contínuo em que o servidor exerce essa função, incluindo o período externo a PMAR, desde que tenha sido contínuo;

Campo 25 – Informar o vínculo empregatício com a PMAR;

Campo 26 – Informar se fez treinamentos específicos para o desempenho da função;

Campo 27 – Informar se o servidor acidentado já sofreu outros acidentes, quantos acidentes já sofreu e a data do último acidente.

Acidente ou doença: (informações sobre o acidente que motivou o preenchimento deste documento)

Campo 28 – Informar a data do acidente em questão;

Campo 29 – Informar a hora do acidente em questão;

Campo 30 – Informar quantas horas após o início do trabalho se deu o acidente;

Campo 31 – Informar o dígito correspondente se houve ou não afastamento;

Campo 32 – Informar qual foi o último dia trabalhado pelo servidor acidentado;

Campo 33 – Informar o local onde o acidente ocorreu (em ambiente da PMAR, em via pública, outros);

Campo 34 – Informar de maneira clara e precisa o local onde ocorreu o acidente (pátio, rampa de acesso, posto de trabalho, ônibus, nome da rua, etc.);

Campo 35 – Informar a parte do corpo diretamente atingida pelo agente causador, seja externa ou internamente, inclusive se direito ou esquerdo no caso de região bilateral. Para doenças ou equiparadas informar o órgão ou sistema lesado;

Campo 36 – Informar o agente diretamente relacionado ao acidente, podendo ser máquina, equipamento ou ferramenta, produtos químicos, agentes físicos ou biológicos ou uma situação específica como queda,

choque elétrico ou atropelamento;

Campo 37 – Informar a situação ou atividade de trabalho que estava sendo desenvolvida pelo acidentado e por outros diretamente relacionados ao acidente. Tratando-se de acidente de trajeto especificar o deslocamento e informar se esse foi ou não 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. Obs.: Evitar consignar o diagnóstico da doença ou lesão.

Campo 38 – Informar o dígito correspondente ao registro policial. Se houver registro fazer anexar à CIAT uma cópia do mesmo;

Campo 39 – O campo deverá constar SIM sempre que tenha havido morte em tempo anterior a emissão da CIAT independente da mesma ter ocorrido no local do acidente ou após o mesmo. Quando a morte do servidor ocorrer após a emissão da CIAT inicial deverá ser preenchida nova CIAT para a comunicação do óbito decorrente de acidente ou doença de trabalho. Deverá ser anexada à CIAT a certidão de óbito;

Campo 40 – Informar se o servidor estava ou não realizando a função para a qual foi contratado. Testemunhas:

Testemunhas:

Campo 41 a 45 – Informar as testemunhas que tenham presenciado o acidente; Local e data: Informar o local e a data da emissão da CIAT; Assinatura e carimbo do eminente: No caso da emissão pelo próprio servidor ou por seus dependentes fica dispensado o carimbo, devendo entretanto ser consignado o nome legível do eminente ao lado ou abaixo de sua assinatura.

Quadro II – ATESTADO MÉDICO – A ser preenchido pelo médico que primeiro assistiu o acidentado (no caso do médico assistente não ter tido posse da CIAT no momento do atendimento mas tiver emitido relatório com os dados necessários, estes serão transcritos na CIAT pelo médico da CSSST e o relatório será anexado à CIAT). No caso de morte o preenchimento é dispensável, devendo ser apresentado atestado de óbito e, quando houver, laudo da necropsia.

ATENDIMENTO:

Campo 46 – Informar a Unidade de Saúde onde o acidentado foi atendido;

Campo 47 e 48 – Informar a data e a hora do atendimento ao acidentado;

Campo 49 – Informar o dígito correspondente à conduta tomada;

Campo 50 – Informar se deverá haver afastamento do trabalho durante um período do afastamento;

Campo 51 – Informar a duração provável do tratamento para restabelecimento ao acidentado;

LESÃO:

Campo 52 e 53 – Relato claro e sucinto, informando a natureza, tipo da lesão e/ou quadro clínico, citando a parte do corpo atingida, sistemas e ou aparelhos.

DIAGNÓSTICO:

Campo 54 – Informar objetivamente o diagnóstico e seu CID 10;

Campo 55 – Citar qualquer tipo de informação médica adicional, como condições patológicas preexistentes concausas, se há compatibilidade entre o estágio evolutivo das lesões e a data do acidente declarada, se há recomendação especial para permanência no trabalho (se houver, justificar) etc. Local e data: Informar o local e a data do atendimento. Assinatura e carimbo do médico que fez o atendimento ou preenchimento do quadro.

Quadro III – SEGURANÇA DO TRABALHO

Campo 56 a 57 – Indicar a data da notificação, semana epidemiológica e data da investigação;

Campo 58 e 59 – Indicar a caracterização do acidente;

Campo 60 – Indicar a gravidade da lesão. Informar a data da notificação, a semana epidemiológica, a data de investigação do acidente, se houver ou não caracterização do evento com o acidente do trabalho. Assinatura, data e carimbo pelo Setor de Segurança do Trabalho.