



## 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 a unidade de lotação na 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: 10:45h). 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. No caso de trajeto, informar quando se tratar do horário de almoço e retorno para casa.

**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 ou do Trabalho

#### 6. HOUVE MORTE?

O campo deverá ser preenchido com SIM sempre que houver morte em tempo anterior ao preenchimento da CASS, independentemente de ter ocorrido na hora ou após o acidente.

**OBS.: Quando houver morte decorrente do acidente ou doença após a emissão da CASS deve-se anexar a certidão de óbito ao formulário.**



## 7. 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.

## 8. 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.

**OBS.: Deverá ser especificado o lado atingido (direito ou esquerdo), quando se tratar de parte do corpo que seja bilateral.**

## 9. 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. Tratando-se de acidente do trabalho. Ou agente causador das doenças profissionais ou do trabalho.

**10. 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.

## 11. 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. O nome deve estar legível.

## 12. 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, devendo ser consignado o nome legível do emitente ao lado ou abaixo de sua assinatura.

## PARTE II – ATESTADO MÉDICO

### 13. LAUDO DE EXAME MÉDICO

Deve ser preenchido por profissional médico. No caso de acidente com morte, o preenchimento é dispensável, devendo ser apresentada a certidão de óbito e, quando houver, o laudo de necropsia.

**Unidade de Atendimento Médico:** Informar o nome do local onde foi prestado o 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: 15:10h.

**Descrição e natureza 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.

Exemplos: a) edema, equimose e limitação dos movimentos na articulação tíbio társica direita.

b) sinais flogísticos, edema no antebraço esquerdo e dor à movimentação da flexão do punho esquerdo.

**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.

**Houve Internação:** Informar se ocorreu internação do acidentado, devendo preencher a quadrícula no campo com um X para SIM ou para NÃO.

**Provável duração do tratamento (dias):** Informar o período do tratamento, mesmo que superior a quinze dias.

**Deverá o acidentado, durante o tratamento, afastar-se do trabalho?** Informar a necessidade do afastamento do acidentado de suas atividades laborais, durante o tratamento, devendo preencher a quadrícula no campo para SIM ou para NÃO.

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

Preencher a quadrícula com um X para SIM ou para NÃO.

**Há correlação entre a natureza, grau e localização da(s) lesão(ões) e o histórico do acidente que a(s) teriam provocado?** Preencher a quadrícula com um X para SIM ou para NÃO.

**Condições patológicas pré-existentes ao acidente ou agravo:** Descrever de forma clara e sucinta se houver condição



patológica pré-existente.

**Observações:** Contemplar neste campo informações que possam complementar as demais de maneira que dispensem outros esclarecimentos, por exemplo, se há recomendação especial para permanência no trabalho.

**OBS.: Havendo recomendação especial para permanência no trabalho, justificar.**

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

**Assinatura e Carimbo/CRM do Médico Assistente:** Deverá ser consignada a assinatura do médico atendente e aposto 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

#### 14. USO EXCLUSIVO DO COSESST

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

**Nº da CASS:** O Comitê Setorial é que irá 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 PARA ACIDENTE OU DOENÇA MESMO NO CASO EM QUE NÃO HAJA AFASTAMENTO DO TRABALHO OU INCAPACIDADE. 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.**