



## 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.**