



CIA – COMUNICADO INTERNO DE ACIDENTES

PREFEITURA MUNICIPAL DA ESTÂNCIA BALNEÁRIA DE CARAGUATATUBA

SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO

DIVISÃO DE SAÚDE E SEGURANÇA NO TRABALHO

ENDEREÇO: AVENIDA FREI PACÍFICO WAGNER, 985 - CENTRO - CARAGUATATUBA - S.P – Tel.: (12) 3886 - 3703.

Horário de funcionamento: Segunda à Sexta, das 09h às 16h30min medicina@caraguatatuba.sp.gov.br



NOME DO SERVIDOR:	MATRÍCULA:	
FUNÇÃO:	REGIME DE CONTRATAÇÃO: <input type="checkbox"/> CLT <input type="checkbox"/> EFETIVO <input type="checkbox"/> COMISSÃO <input type="checkbox"/> CONTRATADO	
SECRETARIA: Secretaria Municipal de	SETOR	TELEFONE DO SERVIDOR:
ENDEREÇO RESIDENCIAL:	BAIRRO:	CIDADE:

DADOS DO ACIDENTE

Descrição do Acidente de Trabalho:

DATA: ____ / ____ / ____	HORÁRIO DO ACIDENTE: h min.	PARTE DO CORPO ATINGIDA:	A ATIVIDADE QUE EXECUTAVA ERA PERTINENTE A FUNÇÃO: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
--------------------------	-----------------------------	--------------------------	--

TESTEMUNHAS:

NOME:	SETOR:	TELEFONE:
NOME:	SETOR:	TELEFONE:
NOME:	SETOR:	TELEFONE:

____ / ____ / ____
DATA

ASSINATURA DO SERVIDOR

ENCAMINHADO A DMST EM: ____ / ____ / ____	CARIMBO E ASSINATURA DO CHEFE IMEDIATO / ENCARGADO:
--	---

PREENCHIMENTO DA DIVISÃO DE SAÚDE E SEGURANÇA NO TRABALHO / SECAD

TIPO DE ACIDENTE	AFASTAMENTO
<input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho <input type="checkbox"/> Acidente de Trajeto <input type="checkbox"/> Doença Ocupacional	<input type="checkbox"/> COM Afastamento <input type="checkbox"/> SEM Afastamento

INVESTIGAÇÃO DO ACIDENTE:

CONCLUSÃO:

PROTOCOLO DE RECEBIMENTO USO EXCLUSIVO DSST - SECAD	RESPONSÁVEL PELA INVESTIGAÇÃO USO EXCLUSIVO DSST - SECAD
RECEBIDO EM: ____ / ____ / ____ HORÁRIO: h m. CARIMBO E ASSINATURA	 CARIMBO E ASSINATURA ____ / ____ / ____ DATA