



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: | SETOR | TELEFONE DO SERVIDOR: |
| Secretaria Municipal de | | |
| 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 / ENCARREGADO: |
| ____ / ____ / ____ | |

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 |