



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAUCÁRIA
Secretaria de Gestão de Pessoas
Departamento de Saúde Ocupacional
**COMUNICAÇÃO INTERNA DE ACIDENTE DE TRABALHO
(CIAT)
SERVIDOR ESTATUTÁRIO**

TIPO DE CIAT: INÍCIO () REABERTURA () COMUNICAÇÃO DE ÓBITO ___/___/___

1. Identificação do Servidor

Nome: _____
Matrícula: _____ Data de Admissão: _____ DN: ___/___/___ Sexo: M () F ()
Cargo: _____ Função Exercida: _____
Endereço: _____
Bairro: _____ Telefone Residencial _____
CEP: _____ Município: _____ Secretaria: _____
Unidade: _____ Telefone/Ramal: _____

2. Informações sobre o Acidente

Local do Acidente: _____ Agente Causador: _____
Data do Acidente ___/___/___ Hora do Acidente: _____ Último dia trabalhado _____
Número de horas trabalhadas até o acidente: _____ horas.
() Com afastamento () Sem afastamento () Com óbito
() Com lesão () Sem lesão

3. Tipo de Acidente

() Típico (no Trabalho)
() Trajeto (deslocamento: de casa para o trabalho, do trabalho para casa)
() Doença Ocupacional (competência exclusiva do DSO)

4. Parte(s) do Corpo Atingida(s)

() Cabeça (exceto olho) () Membros superiores (exceto mãos) () Mãos e/ou punhos
() Olhos () Sistemas e Aparelhos () Múltiplas partes
() Tronco () Membros Inferiores () Outros _____

5. Descrição do Acidente

A Comunicação do Acidente de Trabalho deve ser encaminhada ao Departamento de Saúde Ocupacional no prazo de 72 horas da ocorrência do acidente

6. Laudo de Exame Médico

Unidade de Atendimento: _____ Data ____ / ____ / ____ Hora ____ : ____

Descrição da(s) Lesão(s): _____

Diagnóstico provável: _____ CID: _____

O tratamento deverá ser: () Hospitalar () Ambulatorial

Deverá afastar-se do trabalho: () Sim () Não

Duração provável do tratamento: _____

Observações: _____

_____ Data ____ / ____ / ____

Assinatura e carimbo do Médico

7. Testemunhas do Acidente

Nome: _____ Assinatura _____

Endereço: _____ Telefone/Ramal: _____

Nome: _____ Assinatura _____

Endereço: _____ Telefone/Ramal: _____

Chefia Imediata:

Data ____ / ____ / ____

Nome: _____

Assinatura e Carimbo

Declaro serem verdadeiras todas as informações aqui prestadas, assumindo total responsabilidade pelas mesmas:

Assinatura do servidor