

COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE EM SERVIÇO - CAS							
<b>EMITENTE</b>	<b>UFVJM</b>	Endereço:			Bairro:		
		CEP.:	Município (UF):		Telefone:		
	<b>Acidentado</b>	Nome do Servidor:		Sexo Masc. ( ) Fem. ( )	Data / nascimento:	Matrícula/SIAPE:	
		CPF.:		RG.:		Telefone:	
		Cargo:	Função:	Departamento:		E-mail.:	
		Cidade:		Bairro:		CEP.:	
	<b>Acidente ou Doença</b>	Data do Acidente:	Hora do Acidente:	Após quantas horas de trabalho?	Houve Afastamento? ( ) 1.Sim 2. Não		
		Ultimo dia trabalhado:		Acidente tipo: Típico ( )	Trajeto ( )	Doença profissional ( )	
		Parte (s) do corpo atingida(s):		Agente causador:			
		Descrição da situação geradora do acidente ou doença:					
Houve Registro Policial? ( ) 1. Sim 2. Não			Houve Morte? ( ) 1. Sim 2. Não				
Local do acidente:							
Especif. do local de acidente:			Município do local do acidente ( UF):				
<b>Testemunha</b>	Nome:						
	Endereço :			Bairro:			
	Município (UF):		CEP.:	Telefone :			
<b>ATESTADO MÉDICO</b>	Local e Data		Nome/Cargo/SIAPE do Emissor Responsável				
	Unidade de Atendimento Médico		Data		Hora		
	Internação? ( ) 1. Sim 2. Não		Duração provável do Trat. Dias: ____		Afastamento ( ) 1.Sim 2. Não		
	Dias: ____						
	Descrição e natureza da(s) lesão(ões):						
	Diagnóstico Provável				CID		
Local e Data			Assinatura e Carimbo do Médico				
OBS.: A Comunicação de Acidente em Serviço é obrigatória, mesmo no caso em que não haja afastamento do serviço A Comunicação do Acidente em Serviço deverá ser encaminhada ao SEST/PROACE em no máximo 10 dias conforme art. 214 da Lei 8.112/90/RJU							

## CAS – INSTRUÇÃO DE PREENCHIMENTO

### 1. Informações relativas ao emitente

2. Dados completos do acidentado.

3. Informações sobre o acidente.

3.1 Acidente: Típico - acidente que ocorre na execução do trabalho;

Trajeto - acidente que ocorre no percurso da residência para o trabalho ou deste para aquele;

Doença profissional – esta deverá ser caracterizada por perícia médica.

3.2 **Parte do corpo atingida** : Informar a parte do corpo diretamente atingida pelo agente causador, seja externa ou internamente.

3.3 **Agente causador**: Informar o agente diretamente relacionado ao acidente, como máquina, equipamento ou ferramenta , produtos químicos ou materiais biológicos contaminados. Pode ainda se consignada uma situação específica como queda, choque elétrico e etc.

3.4 **Situação geradora do acidente** : Descrever a situação ou atividade trabalho desenvolvida pelo acidentado diretamente relacionados ao acidente. 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.

3.5 **Registro Policial**: Informar se houve ou não registro policial. Em caso de morte deve constar SIM, independentemente de ter ocorrido na hora ou após o acidente.

3.6 **Especificação do local do acidente**: Informar de maneira clara e precisa o local onde ocorreu o acidente (exemplo: pátio da Instituição, rampa de acesso, posto de trabalho, nome da rua e etc. ).

4. Informações relativas à TESTEMUNHA.

5. Local e data: Informar o local e data da emissão da CAS;

5.1 Informar o nome , o Cargo e nº do SIAPE do emissor da CAS.

### 6. Atestado Médico

6.1 Campos a serem preenchidos por profissional médico.

6.2 Informar o nome do local , a data e a hora onde foi prestado o atendimento médico;

6.3 Informar se ocorreu internação do acidentado, devendo preencher com 1 para sim e 2 para não;

6.4 Informar o período provável do tratamento;

6.5 Informar a necessidade do afastamento do acidentado de suas atividades laborais durante o tratamento ; informar o número de dias de afastamento.

6.6 Relatar sucintamente, a natureza, tipo da lesão e/ou quadro clínico da doença, citando a parte do corpo atingida;

6.7 Informar o diagnóstico (exemplo: entorse de tornozelo direito, corte, queimadura e etc.) classificar conforme a Classificação Internacional de Doenças-CID.

6.8 Local e data: Informar o local e data, assinatura e carimbo /CRMM do Médico .