

Anexo VII. Formulário de Comunicação Interna de Acidente de Trabalho (CIAT)



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: _____		
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.		
<input type="checkbox"/> Com afastamento <input type="checkbox"/> Sem afastamento <input type="checkbox"/> Com óbito <input type="checkbox"/> Com lesão <input type="checkbox"/> Sem lesão		
3. Tipo de Acidente		
<input type="checkbox"/> Típico (no Trabalho) <input type="checkbox"/> Trajeto (deslocamento: de casa para o trabalho, do trabalho para casa) <input type="checkbox"/> Doença Ocupacional (competência exclusiva do DSO)		
4. Parte(s) do Corpo Atingida(s)		
<input type="checkbox"/> Cabeça (exceto olho) <input type="checkbox"/> Membros superiores (exceto mãos) <input type="checkbox"/> Mãos e/ou punhos <input type="checkbox"/> Olhos <input type="checkbox"/> Sistemas e Aparelhos <input type="checkbox"/> Múltiplas partes <input type="checkbox"/> Tronco <input type="checkbox"/> Membros Inferiores <input type="checkbox"/> Outros		
5. Descrição do Acidente		
_____ _____ _____ _____		
A Comunicação do Acidente de Trabalho deve ser encaminhada ao Departamento de Saúde Ocupacional no prazo de 24 horas da ocorrência do acidente		

**Departamento de
Saúde Ocupacional - DSO**

41 3614-7791
Rua Professor Alfredo Parodi N°30, Centro.
Araucária - PR
E-mail: dso@araucaria.pr.gov.br





**PREFEITURA DE
ARAUCÁRIA
SAÚDE**



**PREFEITURA DE
ARAUCÁRIA**
6. Atendimento 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: _____ _____	
Assinatura e carimbo do Médico _____ Data ____ / ____ / ____	
7. Testemunhas do Acidente	
Nome: _____ Assinatura _____	
Endereço: _____ Telefone/Ramal: _____	
Nome: _____ Assinatura _____	
Endereço: _____ Telefone/Ramal: _____	
Chefia Imediata: Data ____ / ____ / ____ Nome: _____	Declaro serem verdadeiras todas as informações aqui prestadas, assumindo total responsabilidade pelas mesmas: Assinatura do servidor
Assinatura e Carimbo	

**Departamento de
Saúde Ocupacional - DSO**

41 3614-7791
Rua Professor Alfredo Parodi N°30, Centro.
Araucária - PR
E-mail: dso@araucaria.pr.gov.br

