

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CIA – COMUNICADO INTERNO DE ACIDENTES** | | | | | | | | | | | | | |
| **PREFEITURA MUNICIPAL DA ESTÂNCIA BALNEÁRIA DE CARAGUATATUBA** | | | | | | | | | | | | | |
| **SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO** | | | | | | | | | | | | | |
| DEPARTAMENTO DE MEDICINA E SEGURANÇA DO TRABALHO | | | | | | | | | | | | | |
| **ENDEREÇO: AVENIDA FREI PACÍFICO WAGNER, 1.011 - CENTRO - CARAGUATATUBA - S.P – Tel.: (12) 3885 - 1730.** | | | | | | | | | | | | | |
| **Horário de funcionamento: Segunda à Sexta, das 09h00m às 16h30m medicina@caraguatatuba.sp.gov.br** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **NOME DO SERVIDOR:** | | | | | | | | | | | | | | | | **MATRÍCULA:** | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| **FUNÇÃO:** | | | | | | | | | | **REGIME DE CONTRATAÇÃO:** | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | CLT EFETIVO COMISSÃO 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:hmin. | | PARTE DO CORPO ATINGIDA: | | | | | | | A ATIVIDADE QUE EXECUTAVA ERA PERTINENTE A FUNÇÃO: SIM 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 DO DEPARTAMENTO DE MEDICINA E SEGURANÇA DO TRABALHO / SECAD** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TIPO DE ACIDENTE** |  | **AFASTAMENTO** |
| **Acidente de Trabalho  Acidente de Trajeto  Doença Ocupacional** |  | **COM Afastamento  SEM Afastamento** |

|  |
| --- |
| **INVESTIGAÇÃO DO ACIDENTE:** |
|  |

|  |
| --- |
| **CONCLUSÃO:** |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **PROTOCOLO DE RECEBIMENTO**  **USO EXCLUSIVO DMST - SECAD** | **RESPONSÁVEL PELA INVESTIGAÇÃO**  **USO EXCLUSIVO DMST - SECAD** |
| **RECEBIDO EM: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ HORÁRIO: h m.**  **CARIMBO E ASSINATURA** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **CARIMBO E ASSINATURA**  **/      /**  **DATA** |