COMUNICADO DE ACIDENTE EM SERVIÇO - CAS

☐ Sem afastamento ☐ Com afastamento ☐ Fatal

I - Dados de Identificação do Servidor

Nome:_____

Matrícula Siape n°:_____Identificação única:_____

Cargo:_____

Nível:_____ Classe:_____ Carga horária: _____

Campus/Lotação: _____

Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino

Estado Civil: ☐ Divorciado/Separado ☐ Viúvo ☐ Solteiro ☐ Casado/União estável

Formação Escolar: ☐ Analfabeto ☐ Semi-alfabetizado ☐ 1º grau incompleto

☐ 1º grau completo ☐ 2º grau incompleto ☐ 2º grau completo

☐ Superior incompleto ☐ Superior Completo ☐ Pós-graduado

Endereço residencial (Rua/Av.): _____

Nº _____ Ap.: _____ Bairro: _____ Fone:_____

Cidade: _____

II - Dados Ocupacionais

Ano de ingresso no IFC: _____ Local de Exercício: _____

Categoria funcional: _____

Local / Setor / Departamento das atividades: _____

Endereço do local das atividades: _____

Há quanto tempo exerce suas atividades neste local: _____

Rua das Missões, 100 – Ponta Aguda
Blumenau/SC – CEP: 89.051-000
(47) 3331-7800 / ifc@ifc.edu.br

Principais atividades:

Já sofreu outro acidente de serviço: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe

Em caso afirmativo, quantos e quando:

III - Dados sobre o Acidente em Serviço

O que ocorreu:

Onde ocorreu:

Quando ocorreu: ____/____/____ Horário: _____

Nº de horas trabalhadas (no dia do ocorrido) até o horário do acidente:_____

Parte do corpo atingida: ☐ Cabeça Exceto os olhos ☐ Olhos ☐ Pescoço ☐ Tronco ☐ Membros inferiores ☐ Membros superiores ☐ Múltiplas partes ☐ Outros: _____

Rua das Missões, 100 – Ponta Aguda
Blumenau/SC – CEP: 89.051-000
(47) 3331-7800 / ifc@ifc.edu.br

Usava algum equipamento de proteção individual – EPI: ☐ Não ☐ Sim

Qual: _____

O acidente teve testemunhas: ☐ Não ☐ Sim

- Nome: _____

Assinatura: _____ Telefone: _____

- Nome: _____

Assinatura: _____ Telefone: _____

IV - Dados sobre o Primeiro Atendimento

Recebeu atendimento médico ou de enfermagem: ☐ Não ☐ Sim

Onde: _____

Obs.: O boletim de primeiro atendimento deverá ser encaminhado à Junta Médica (DJM) no prazo de até 10 (dez) dias para anexar ao processo do CAS.

_____ _____

(Responsável pelo preenchimento) (Assinatura)

Rua das Missões, 100 – Ponta Aguda
Blumenau/SC – CEP: 89.051-000
(47) 3331-7800 / ifc@ifc.edu.br

Cargo/Função: _____ Data: ___/___/___

_____ _____

(Chefia Imediata) (Assinatura)

_____ _____

(Direção-Geral do Campus) (Assinatura)

Rua das Missões, 100 – Ponta Aguda
Blumenau/SC – CEP: 89.051-000
(47) 3331-7800 / ifc@ifc.edu.br