

CNAE:

CIAT - COMUNICAÇÃO INTERNA DE ACIDENTE DE TRABALHO

1ª VIA

I - EMITENTE	LOCAL DE TRABALHO	3. LOCAL DE TRABALHO:					
	ACIDENTADO	4. REGIONAL FUMEC:				5. TELEFONE:	
		6. ENDEREÇO:				7. DATA DE ADMISSÃO:	
		8. NOME:				9. MATRÍCULA:	
		10. DATA DE NASCIMENTO:	11. SEXO	12. ESTADO CIVIL	1. SOLTEIRO	4. SEP. JURÍC.	
			1. MASC.	2. CASADO	5. OUTRO	13. CTPS:	
			2. FEM.	3. VIÚVO	6. IGN	SÉRIE:	
		14. ENDEREÇO:				DATA DE EMISSÃO:	
		15. U.F.:					
		16. BAIRRO:	CEP:	15. MUNICÍPIO:	16. UF:	17. TELEFONE:	
18. FUNÇÃO:		19. CARGO:	20. REMUNERAÇÃO MENSAL:				
ACIDENTE OU DOENÇA	21. HORÁRIO DE TRABALHO:	22. HORÁRIO DE ALMOÇO:	23. TEMPO DE TRABALHO NA INSTITUIÇÃO:	24. TEMPO QUE EXERCE A FUNÇÃO:			
	25. VÍNCULO EMPREGATÍCIO:	26. FEZ TREINAMENTO PARA DESEMPENHAR A FUNÇÃO?		27. JÁ SOFREU ACIDENTE?			
	<input type="radio"/> TEMPORÁRIO	<input type="radio"/> OUTROS	<input type="radio"/> SIM	DATA:	<input type="radio"/> SIM		
	<input type="radio"/> EFETIVO	<input type="radio"/> NÃO	<input type="radio"/> NÃO	QUANTOS:	DATA:		
	28. DATA DO ACIDENTE:	29. HORA DO ACIDENTE:	30. APÓS QUANTAS HORAS DE TRABALHO?	31. HOUVE AFASTAMENTO?	32. ÚLTIMO DIA TRABALHADO:		
				1. SIM	2. NÃO		
	33. LOCAL DO ACIDENTE:	34. ESPECIFICAÇÃO DO LOCAL DO ACIDENTE:					
	35. PARTE(S) DO CORPO ATINGIDA(S):	36. AGENTE CAUSADOR:					
	37. DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO GERADORA DO ACIDENTE OU DOENÇA:						
	38. HOUVE REGISTRO POLICIAL?	39. HOUVE MORTE?	40. ESTAVA REALIZANDO A FUNÇÃO PARA A QUAL FOI CONTRATADO QUANDO OCORREU O ACIDENTE?				
	1. SIM	2. NÃO	1. SIM	2. NÃO			
TESTEMUNHAS	41. NOME:						
	42. ENDEREÇO:						
	BAIRRO:	CEP:	43. MUNICÍPIO:	44. UF:	45. TELEFONE:		
	46. NOME:						
	47. ENDEREÇO:						
BAIRRO:	CEP:	48. MUNICÍPIO:	49. UF:	50. TELEFONE:			
LOCAL E DATA:			ASSINATURA E CARIMBO DO EMITENTE:				
II - ATESTADO MÉDICO	ATENDIMENTO	51. UNIDADE DE ATENDIMENTO MÉDICO:			52. DATA:		
		53. HORA:					
	LESÃO	54. HOUVE INTERNAÇÃO?	55. DURAÇÃO PROVÁVEL DO TRATAMENTO:	56. DEVERÁ O ACIDENTADO AFASTAR-SE DO TRABALHO DURANTE O TRATAMENTO?			
			1. SIM	2. NÃO	DIAS	1. SIM	2. NÃO
		57. DESCRIÇÃO E NATUREZA DA LESÃO:					
		58. LOCALIZAÇÃO DA LESÃO:					
DIAGNÓSTICO	59. DIAGNÓSTICO PROVÁVEL:				CID 10:		
	60. OBSERVAÇÕES:						
LOCAL E DATA:			ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO COM CRM:				
III - C.S.S.S.T.	61. DATA DA NOTIFICAÇÃO:	62. SEMANA EPIDEMIOLÓGICA Nº:	63. DATA DA INVESTIGAÇÃO:				
	64. ACIDENTE CARACTERIZADO COMO A. T. ?	65. TIPO					
	<input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> NÃO	1. TÍPICO	2. DOENÇA	3. TRAJETO		
	66. GRAVIDADE DA LESÃO:						
	<input type="radio"/> LEVE	<input type="radio"/> LEVE MODERADA	<input type="radio"/> MODERADA	<input type="radio"/> MODERADA / GRAVE	<input type="radio"/> GRAVE		
SETOR DE SAÚDE OCUPACIONAL / DATA:			SETOR DE SEGURANÇA DO TRABALHO / DATA:				
NOTAS:							
1. A INEXATIDÃO DAS DECLARAÇÕES DESTA COMUNICAÇÃO IMPLICARÁ NAS SANÇÕES PREVISTAS NOS ARTS. 171 E 299 DO CÓDIGO PENAL.							
2. A COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DO TRABALHO DEVERÁ SER FEITA ATÉ O 1º DIA ÚTIL APÓS O ACIDENTE, SOB AS PENAS DA LEI.							
3. A COMUNICAÇÃO DO ACIDENTE DO TRABALHO REGER - SE - Á PELO ART. 134 DO DECRETO Nº 2.172 / 97.							
4. OS CONCEITOS DE ACIDENTE DO TRABALHO E DOENÇA OCUPACIONAL ESTÃO DEFINIDOS NOS ARTS. 131 A 133 DO DECRETO Nº 2.172 / 97.							
5. A CARACTERIZAÇÃO DO ACIDENTE REGER-SE-A PELO ART. 135 DO DECRETO Nº 2.172 / 97.							

A COMUNICAÇÃO DO ACIDENTE É OBRIGATÓRIA, MESMO NO CASO EM QUE NÃO HAJA AFASTAMENTO DO TRABALHO.



CNAE:

CIAT - COMUNICAÇÃO INTERNA DE ACIDENTE DE TRABALHO

2ª VIA

I - EMITENTE	LOCAL DE TRABALHO	3. LOCAL DE TRABALHO:									
	ACIDENTADO	ACIDENTE OU DOENÇA	4. REGIONAL FUMEC:								
			5. TELEFONE:								
			6. ENDEREÇO:								
			7. DATA DE ADMISSÃO:								
			8. NOME:								
			9. MATRÍCULA:								
			10. DATA DE NASCIMENTO:	11. SEXO	12. ESTADO CIVIL	1. SOLTEIRO	4. SEP. JURÍC.	13. CTPS:	SÉRIE:	DATA DE EMISSÃO:	UF:
			14. ENDEREÇO:								
			BAIRRO:	CEP:	15. MUNICÍPIO:	16. UF:	17. TELEFONE:				
18. FUNÇÃO:			19. CARGO:	20. REMUNERAÇÃO MENSAL:							
21. HORÁRIO DE TRABALHO:	22. HORÁRIO DE ALMOÇO:	23. TEMPO DE TRABALHO NA INSTITUIÇÃO:	24. TEMPO QUE EXERCE A FUNÇÃO:								
25. VÍNCULO EMPREGATÍCIO:	26. FEZ TREINAMENTO PARA DESEMPENHAR A FUNÇÃO?		27. JÁ SOFREU ACIDENTE?								
<input type="radio"/> TEMPORÁRIO	<input type="radio"/> OUTROS	<input type="radio"/> SIM	DATA:	<input type="radio"/> SIM	QUANTOS:	DATA:					
<input type="radio"/> EFETIVO	<input type="radio"/> NÃO	<input type="radio"/> NÃO									
28. DATA DO ACIDENTE:	29. HORA DO ACIDENTE:	30. APÓS QUANTAS HORAS DE TRABALHO?	31. HOUVE AFASTAMENTO?	32. ÚLTIMO DIA TRABALHADO:							
<input type="checkbox"/> 1. SIM	<input type="checkbox"/> 2. NÃO	<input type="checkbox"/> 1. SIM	<input type="checkbox"/> 2. NÃO								
33. LOCAL DO ACIDENTE:	34. ESPECIFICAÇÃO DO LOCAL DO ACIDENTE:										
35. PARTE(S) DO CORPO ATINGIDA(S):	36. AGENTE CAUSADOR:										
37. DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO GERADORA DO ACIDENTE OU DOENÇA:											
38. HOUVE REGISTRO POLICIAL? <input type="checkbox"/> 1. SIM <input type="checkbox"/> 2. NÃO											
39. HOUVE MORTE? <input type="checkbox"/> 1. SIM <input type="checkbox"/> 2. NÃO											
40. ESTAVA REALIZANDO A FUNÇÃO PARA A QUAL FOI CONTRATADO QUANDO OCORREU O ACIDENTE?											
TESTEMUNHAS	41. NOME:										
	42. ENDEREÇO:										
	BAIRRO:	CEP:	43. MUNICÍPIO:	44. UF:	45. TELEFONE:						
	46. NOME:										
	47. ENDEREÇO:										
BAIRRO:	CEP:	48. MUNICÍPIO:	49. UF:	50. TELEFONE:							
LOCAL E DATA:					ASSINATURA E CARIMBO DO EMITENTE:						
II - ATESTADO MÉDICO	DIAGNÓSTICO	51. UNIDADE DE ATENDIMENTO MÉDICO:				52. DATA:	53. HORA:				
		54. HOUVE INTERNAÇÃO?	<input type="checkbox"/> 1. SIM <input type="checkbox"/> 2. NÃO	55. DURAÇÃO PROVÁVEL DO TRATAMENTO:	DIAS		56. DEVERÁ O ACIDENTADO AFASTAR-SE DO TRABALHO DURANTE O TRATAMENTO?	<input type="checkbox"/> 1. SIM <input type="checkbox"/> 2. NÃO			
		57. DESCRIÇÃO E NATUREZA DA LESÃO:									
		58. LOCALIZAÇÃO DA LESÃO:									
		59. DIAGNÓSTICO PROVÁVEL:								CID 10:	
60. OBSERVAÇÕES:											
LOCAL E DATA:					ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO COM CRM:						
III - C.S.S.S.T.	61. DATA DA NOTIFICAÇÃO:	62. SEMANA EPIDEMIOLÓGICA Nº:	63. DATA DA INVESTIGAÇÃO:		NOTAS: 1. A INEXATIDÃO DAS DECLARAÇÕES DESTA COMUNICAÇÃO IMPLICARÁ NAS SANÇÕES PREVISTAS NOS ARTS. 171 E 299 DO CÓDIGO PENAL. 2. A COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DO TRABALHO DEVERÁ SER FEITA ATÉ O 1º DIA ÚTIL APÓS O ACIDENTE, SOB AS PENAS DA LEI. 3. A COMUNICAÇÃO DO ACIDENTE DO TRABALHO REGER - SE - Á PELO ART. 134 DO DECRETO Nº 2.172 / 97. 4. OS CONCEITOS DE ACIDENTE DO TRABALHO E DOENÇA OCUPACIONAL ESTÃO DEFINIDOS NOS ARTS. 131 A 133 DO DECRETO Nº 2.172 / 97. 5. A CARACTERIZAÇÃO DO ACIDENTE REGER-SE-A PELO ART. 135 DO DECRETO Nº 2.172 / 97.						
	64. ACIDENTE CARACTERIZADO COMO A. T. ?		65. TIPO								
	<input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> NÃO	1. TÍPICO	2. DOENÇA						3. TRAJETO	
	66. GRAVIDADE DA LESÃO:										
	<input type="radio"/> LEVE	<input type="radio"/> LEVE MODERADA	<input type="radio"/> MODERADA	<input type="radio"/> MODERADA / GRAVE						<input type="radio"/> GRAVE	
SETOR DE SAÚDE OCUPACIONAL / DATA:					SETOR DE SEGURANÇA DO TRABALHO / DATA:						

A COMUNICAÇÃO DO ACIDENTE É OBRIGATÓRIA, MESMO NO CASO EM QUE NÃO HAJA AFASTAMENTO DO TRABALHO.

CNAE:

CIAT - COMUNICAÇÃO INTERNA DE ACIDENTE DE TRABALHO

3ª VIA

I - EMITENTE	LOCAL DE TRABALHO	3. LOCAL DE TRABALHO:					
	ACIDENTADO	4. REGIONAL FUMEC:				5. TELEFONE:	
		6. ENDEREÇO:				7. DATA DE ADMISSÃO:	
		8. NOME:				9. MATRÍCULA:	
		10. DATA DE NASCIMENTO:	11. SEXO	12. ESTADO CIVIL	1. SOLTEIRO	4. SEP. JURÍC.	
			1. MASC.	2. CASADO	5. OUTRO	13. CTPS:	
			2. FEM.	3. VIÚVO	6. IGN	SÉRIE:	
		14. ENDEREÇO:				DATA DE EMISSÃO:	
			U.F.:				
		BAIRRO:	CEP:	15. MUNICÍPIO:	16. UF:	17. TELEFONE:	
18. FUNÇÃO:		19. CARGO:	20. REMUNERAÇÃO MENSAL:				
ACIDENTE OU DOENÇA	21. HORÁRIO DE TRABALHO:	22. HORÁRIO DE ALMOÇO:	23. TEMPO DE TRABALHO NA INSTITUIÇÃO:	24. TEMPO QUE EXERCE A FUNÇÃO:			
	25. VÍNCULO EMPREGATÍCIO:	26. FEZ TREINAMENTO PARA DESEMPENHAR A FUNÇÃO?		27. JÁ SOFREU ACIDENTE?			
	<input type="radio"/> TEMPORÁRIO	<input type="radio"/> OUTROS	<input type="radio"/> SIM	DATA:	<input type="radio"/> SIM		
	<input type="radio"/> EFETIVO	<input type="radio"/> NÃO	<input type="radio"/> NÃO	QUANTOS:	DATA:		
	28. DATA DO ACIDENTE:	29. HORA DO ACIDENTE:	30. APÓS QUANTAS HORAS DE TRABALHO?	31. HOUVE AFASTAMENTO?	32. ÚLTIMO DIA TRABALHADO:		
				1. SIM	2. NÃO		
	33. LOCAL DO ACIDENTE:	34. ESPECIFICAÇÃO DO LOCAL DO ACIDENTE:					
	35. PARTE(S) DO CORPO ATINGIDA(S):	36. AGENTE CAUSADOR:					
	37. DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO GERADORA DO ACIDENTE OU DOENÇA:						
	38. HOUVE REGISTRO POLICIAL?	39. HOUVE MORTE?	40. ESTAVA REALIZANDO A FUNÇÃO PARA A QUAL FOI CONTRATADO QUANDO OCORREU O ACIDENTE?				
	1. SIM	2. NÃO	1. SIM	2. NÃO			
TESTEMUNHAS	41. NOME:						
	42. ENDEREÇO:						
	BAIRRO:	CEP:	43. MUNICÍPIO:	44. UF:	45. TELEFONE:		
	46. NOME:						
	47. ENDEREÇO:						
BAIRRO:	CEP:	48. MUNICÍPIO:	49. UF:	50. TELEFONE:			
LOCAL E DATA:		ASSINATURA E CARIMBO DO EMITENTE:					
II - ATESTADO MÉDICO	ATENDIMENTO	51. UNIDADE DE ATENDIMENTO MÉDICO:			52. DATA:		
		53. HORA:					
	LESÃO	54. HOUVE INTERNAÇÃO?	55. DURAÇÃO PROVÁVEL DO TRATAMENTO:	56. DEVERÁ O ACIDENTADO AFASTAR-SE DO TRABALHO DURANTE O TRATAMENTO?			
			1. SIM	2. NÃO	DIAS	1. SIM	2. NÃO
		57. DESCRIÇÃO E NATUREZA DA LESÃO:					
		58. LOCALIZAÇÃO DA LESÃO:					
DIAGNÓSTICO	59. DIAGNÓSTICO PROVÁVEL:				CID 10:		
	60. OBSERVAÇÕES:						
LOCAL E DATA:		ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO COM CRM:					
III - C.S.S.S.T.	61. DATA DA NOTIFICAÇÃO:	62. SEMANA EPIDEMIOLÓGICA Nº:	63. DATA DA INVESTIGAÇÃO:				
	64. ACIDENTE CARACTERIZADO COMO A. T. ?	65. TIPO					
	<input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> NÃO	1. TÍPICO	2. DOENÇA	3. TRAJETO		
	66. GRAVIDADE DA LESÃO:						
	<input type="radio"/> LEVE	<input type="radio"/> LEVE MODERADA	<input type="radio"/> MODERADA	<input type="radio"/> MODERADA / GRAVE	<input type="radio"/> GRAVE		
SETOR DE SAÚDE OCUPACIONAL / DATA:		SETOR DE SEGURANÇA DO TRABALHO / DATA:					
NOTAS:		<p>1. A INEXATIDÃO DAS DECLARAÇÕES DESTA COMUNICAÇÃO IMPLICARÁ NAS SANÇÕES PREVISTAS NOS ARTS. 171 E 299 DO CÓDIGO PENAL.</p> <p>2. A COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DO TRABALHO DEVERÁ SER FEITA ATÉ O 1º DIA ÚTIL APÓS O ACIDENTE, SOB AS PENAS DA LEI.</p> <p>3. A COMUNICAÇÃO DO ACIDENTE DO TRABALHO REGER - SE - Á PELO ART. 134 DO DECRETO Nº 2.172 / 97.</p> <p>4. OS CONCEITOS DE ACIDENTE DO TRABALHO E DOENÇA OCUPACIONAL ESTÃO DEFINIDOS NOS ARTS. 131 A 133 DO DECRETO Nº 2.172 / 97.</p> <p>5. A CARACTERIZAÇÃO DO ACIDENTE REGER-SE-A PELO ART. 135 DO DECRETO Nº 2.172 / 97.</p>					
A COMUNICAÇÃO DO ACIDENTE É OBRIGATÓRIA, MESMO NO CASO EM QUE NÃO HAJA AFASTAMENTO DO TRABALHO.							

CNAE:

CIAT - COMUNICAÇÃO INTERNA DE ACIDENTE DE TRABALHO

4ª VIA

I - EMITENTE	LOCAL DE TRABALHO	3. LOCAL DE TRABALHO:					
	ACIDENTADO	4. REGIONAL FUMEC:				5. TELEFONE:	
		6. ENDEREÇO:				7. DATA DE ADMISSÃO:	
		8. NOME:				9. MATRÍCULA:	
		10. DATA DE NASCIMENTO:	11. SEXO	12. ESTADO CIVIL	1. SOLTEIRO	4. SEP. JURÍC.	
			1. MASC.	2. FEM.	2. CASADO	5. OUTRO	
		14. ENDEREÇO:				13. CTPS:	
		BAIRRO:	CEP:	15. MUNICÍPIO:	16. UF:	17. TELEFONE:	
		18. FUNÇÃO:				20. REMUNERAÇÃO MENSAL:	
		19. CARGO:					
21. HORÁRIO DE TRABALHO:		22. HORÁRIO DE ALMOÇO:	23. TEMPO DE TRABALHO NA INSTITUIÇÃO:	24. TEMPO QUE EXERCE A FUNÇÃO:			
ACIDENTE OU DOENÇA	25. VÍNCULO EMPREGATÍCIO:	26. FEZ TREINAMENTO PARA DESEMPENHAR A FUNÇÃO?	27. JÁ SOFREU ACIDENTE?				
	<input type="radio"/> TEMPORÁRIO	<input type="radio"/> OUTROS	<input type="radio"/> SIM	DATA:	<input type="radio"/> SIM		
	<input type="radio"/> EFETIVO	<input type="radio"/> NÃO	<input type="radio"/> NÃO	QUANTOS:	DATA:		
	28. DATA DO ACIDENTE:	29. HORA DO ACIDENTE:	30. APÓS QUANTAS HORAS DE TRABALHO?	31. HOUVE AFASTAMENTO?	32. ÚLTIMO DIA TRABALHADO:		
				1. SIM	2. NÃO		
	33. LOCAL DO ACIDENTE:	34. ESPECIFICAÇÃO DO LOCAL DO ACIDENTE:					
	35. PARTE(S) DO CORPO ATINGIDA(S):	36. AGENTE CAUSADOR:					
	37. DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO GERADORA DO ACIDENTE OU DOENÇA:						
	38. HOUVE REGISTRO POLICIAL?	39. HOUVE MORTE?	40. ESTAVA REALIZANDO A FUNÇÃO PARA A QUAL FOI CONTRATADO QUANDO OCORREU O ACIDENTE?				
		1. SIM	2. NÃO	1. SIM	2. NÃO		
TESTEMUNHAS	41. NOME:						
	42. ENDEREÇO:						
	BAIRRO:	CEP:	43. MUNICÍPIO:	44. UF:	45. TELEFONE:		
	46. NOME:						
	47. ENDEREÇO:						
	BAIRRO:	CEP:	48. MUNICÍPIO:	49. UF:	50. TELEFONE:		
LOCAL E DATA:		ASSINATURA E CARIMBO DO EMITENTE:					
II - ATESTADO MÉDICO	ATENDIMENTO	51. UNIDADE DE ATENDIMENTO MÉDICO:			52. DATA:		
		53. HORA:					
	LESÃO	54. HOUVE INTERNAÇÃO?	55. DURAÇÃO PROVÁVEL DO TRATAMENTO:	56. DEVERÁ O ACIDENTADO AFASTAR-SE DO TRABALHO DURANTE O TRATAMENTO?			
			1. SIM	2. NÃO	DIAS	1. SIM	2. NÃO
		57. DESCRIÇÃO E NATUREZA DA LESÃO:					
		58. LOCALIZAÇÃO DA LESÃO:					
DIAGNÓSTICO	59. DIAGNÓSTICO PROVÁVEL:				CID 10:		
	60. OBSERVAÇÕES:						
LOCAL E DATA:		ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO COM CRM:					
III - C.S.S.S.T.	61. DATA DA NOTIFICAÇÃO:	62. SEMANA EPIDEMIOLÓGICA Nº:	63. DATA DA INVESTIGAÇÃO:				
	64. ACIDENTE CARACTERIZADO COMO A. T. ?	65. TIPO					
	<input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> NÃO	1. TÍPICO	2. DOENÇA	3. TRAJETO		
	66. GRAVIDADE DA LESÃO:						
	<input type="radio"/> LEVE	<input type="radio"/> LEVE MODERADA	<input type="radio"/> MODERADA	<input type="radio"/> MODERADA / GRAVE	<input type="radio"/> GRAVE		
SETOR DE SAÚDE OCUPACIONAL / DATA:		SETOR DE SEGURANÇA DO TRABALHO / DATA:					
NOTAS:		<p>1. A INEXATIDÃO DAS DECLARAÇÕES DESTA COMUNICAÇÃO IMPLICARÁ NAS SANÇÕES PREVISTAS NOS ARTS. 171 E 299 DO CÓDIGO PENAL.</p> <p>2. A COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DO TRABALHO DEVERÁ SER FEITA ATÉ O 1º DIA ÚTIL APÓS O ACIDENTE, SOB AS PENAS DA LEI.</p> <p>3. A COMUNICAÇÃO DO ACIDENTE DO TRABALHO REGER - SE - Á PELO ART. 134 DO DECRETO Nº 2.172 / 97.</p> <p>4. OS CONCEITOS DE ACIDENTE DO TRABALHO E DOENÇA OCUPACIONAL ESTÃO DEFINIDOS NOS ARTS. 131 A 133 DO DECRETO Nº 2.172 / 97.</p> <p>5. A CARACTERIZAÇÃO DO ACIDENTE REGER-SE-A PELO ART. 135 DO DECRETO Nº 2.172 / 97.</p>					

A COMUNICAÇÃO DO ACIDENTE É OBRIGATÓRIA, MESMO NO CASO EM QUE NÃO HAJA AFASTAMENTO DO TRABALHO.

Preenchimento da CIAT

Campo 1 - Informar o dígito correspondente ao responsável pelo preenchimento do quadro 1 da CIAT.

Campo 2 - Informar o dígito a que se refere o tipo de CIAT.
Obs.: Os acidentes com morte imediata deverão ser comunicados na CIAT Tipo Inicial.

Quadro I - Emitente - A ser completamente preenchido pelo emitente:

Local de Trabalho: (informações sobre o local de trabalho do acidentado)

Campo 3 - Informar o local de trabalho à qual pertence o servidor acidentado;

Campo 4 - Informar a Regional. Nos casos em que isto seja aplicável;

Campo 5 - Informar o telefone do local de trabalho do acidentado;

Campo 6 - Informar o endereço de trabalho do servidor acidentado;

Campo 7 - Informar a data de admissão do acidentado.

Acidentado: (informações sobre o acidentado)

Campo 8 - Informar o nome do acidentado;

Campo 9 - Informar o número de matrícula, incluindo o dígito verificador, do acidentado;

Campo 10 - Informar a data de nascimento do acidentado;

Campo 11 - Informar o dígito correspondente ao sexo do acidentado;

Campo 12 - Informar o dígito correspondente ao estado civil do acidentado;

Campo 13 - Informar respectivamente o número da CTPS, a série, data de emissão e UF em que foi emitida (no caso de ser possuidor de CTPS, mesmo que seja servidor efetivo);

Campo 14 a 17 - Informar endereço de residência do servidor acidentado (rua, número, bairro, CEP, município, UF, telefone);

Campo 18 - Informar função do servidor acidentado;

Campo 19 - Informar cargo do servidor acidentado;

Campo 20 - Informar remuneração mensal do servidor acidentado;

Campo 21 - Informar horário de trabalho oficial do servidor acidentado;

Campo 22 - Informar horário de almoço do servidor acidentado;

Campo 23 - Informar tempo de trabalho do servidor acidentado na PMC;

Campo 24 - Informar o tempo contínuo em que o servidor exerce esta função, incluindo o período externo a PMC, desde que tenha sido contínuo;

Campo 25 - Informar o vínculo empregatício com a PMC;

Campo 26 - Informar se fez treinamentos específicos para o desempenho da função;

Campo 27 - Informar se o servidor acidentado já sofreu outros acidentes, quantos acidentes já sofreu e a data do último acidente.

Acidente ou doença: (informações sobre o acidente que motivou o preenchimento deste documento)

Campo 28 - Informar a data do acidente em questão;

Campo 29 - Informar a hora do acidente em questão;

Campo 30 - Informar quantas horas após o início do trabalho se deu o acidente;

Campo 31 - Informar o dígito correspondente se houve ou não afastamento;

Campo 32 - Informar qual foi o último dia trabalhado pelo servidor acidentado;

Campo 33 - Informar o local onde o acidente ocorreu (em ambiente da PMC, em via pública, outros);

Campo 34 - Informar de maneira clara e precisa o local onde ocorreu o acidente (pátio, rampa de acesso, posto de trabalho, ônibus, nome da rua, etc.);

Campo 35 - Informar a parte do corpo diretamente atingida pelo agente causador, seja externa ou internamente, inclusive se direito ou esquerdo no caso de região bilateral.
Para doenças ou equiparadas informar o órgão ou sistema lesado

Campo 36 - Informar o agente diretamente relacionado ao acidente, podendo ser máquina, equipamento ou ferramenta, produtos químicos, agentes físicos ou biológicos ou uma situação específica como queda, choque elétrico ou atropelamento;

Campo 37 - Informar a situação ou atividade de trabalho que estava sendo desenvolvida pelo acidentado e por outros diretamente relacionados ao acidente.
Tratando-se de acidente de trajeto especificar o deslocamento e informar se esse foi ou não interrompido por motivos alheios ao trabalho. No caso de doença descrever a atividade de trabalho, o ambiente ou as condições em que o trabalho era realizado.
Obs.: Evitar consignar o diagnóstico da doença ou lesão.

Campo 38 - Informar o dígito correspondente ao registro policial. Se houver registro fazer anexar à CIAT uma cópia do mesmo;

Campo 39 - O campo deverá constar SIM sempre que tenha havido morte em tempo anterior a emissão da CIAT, independente da mesma ter ocorrido no local do acidente ou após o mesmo. Quando a morte do servidor ocorrer após a emissão da CIAT inicial deverá ser preenchida nova CIAT para a comunicação do óbito decorrente de acidente ou doença do trabalho.
Deverá ser anexada à CIAT a certidão de óbito;

Campo 40 - Informar se o servidor estava ou não realizando a função para a qual foi contratado.

Testemunhas:

Campo 41 a 50 - Informar as testemunhas que tenham presenciado o acidente;

Local e data: Informar o local e a data da emissão da CIAT; Assinatura e carimbo do emitente: No caso da emissão pelo próprio servidor ou por seus dependentes fica dispensado o carimbo, devendo entretanto ser consignado o nome legível do emitente ao lado ou abaixo de sua assinatura.

Quadro II - Atestado Médico - A ser preenchido pelo médico que primeiro assistiu o acidentado (no caso do médico assistente não ter tido posse da CIAT no momento do atendimento mas tiver emitido relatório com os dados necessários, estes serão transcritos na CIAT pelo médico da CSSST e o relatório será anexado à CIAT).
No caso de morte o preenchimento é dispensável, devendo ser apresentado atestado de óbito e, quando houver, laudo da necropsia.

Atendimento:

Campo 51 - Informar a Unidade de Saúde onde o acidentado foi atendido;

Campo 52 e 53 - Informar a data e a hora do atendimento ao acidentado;

Campo 54 - Informar o dígito correspondente à conduta tomada;

Campo 55 - Informar a duração provável do tratamento para restabelecimento do acidentado;

Campo 56 - Informar se deverá haver afastamento do trabalho durante um período do afastamento.

Lesão:

Campo 57 e 58 - Relato claro e sucinto, informando a natureza, tipo da lesão e/ou quadro clínico, citando a parte do corpo atingida, sistemas e ou aparelhos.

Diagnóstico:

Campo 59 - Informar objetivamente o diagnóstico e seu CID 10;

Campo 60 - Citar qualquer tipo de informação médica adicional, como condições patológicas preexistentes concausas, se há compatibilidade entre o estágio evolutivo das lesões e a data do acidente declarada, se há recomendação especial para permanência no trabalho (se houver, justificar) etc.

Local e data: Informar o local e a data do atendimento Assinatura e carimbo do médico que fez o atendimento ou preenchimento do quadro.

Quadro III - CSSST:

Campo 61 a 63 - Indicar a data da notificação, semana epidemiológica e data da investigação

Campo 64 e 65 - Indicar a caracterização do acidente

Campo 66 - Indicar a gravidade da lesão. Informar a data da notificação, a semana epidemiológica, a data de investigação do acidente, se houver ou não caracterização do evento com o acidente do trabalho.
Assinatura, data e carimbo pelo Setor de Saúde Ocupacional e assinatura, data e carimbo pelo Setor de Segurança do Trabalho.