**FORMULÁRIO PARA COMUNICAÇÃO INTERNA DE ACIDENTE EM SERVIÇO/TRABALHO – CIAT**

1. **Dados do(a) trabalhador(a)**

|  |
| --- |
| Nome:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefones: ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( )\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Idade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Siape/Identificação única:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Sexo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CPF:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RG:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Estado civil:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Email:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Vínculo Funcional: ( ) Servidor(a) ( ) Contratado(a) temporário(a) ( ) Estagiário(a)  Cargo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

1. **Escolaridade**

|  |
| --- |
| ( ) Não Alfabetizado ( ) Alfabetizado  ( ) Ensino Fundamental ( ) Ensino Médio  ( ) Ensino Superior ( Grad,Esp,Mest,Dout) ( ) Outros |

1. **Identificação do Órgão**

|  |
| --- |
| Departamento/Unidade de lotação:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefone: ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Endereço do local de trabalho:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

1. **Tipo de Acidente:**

|  |
| --- |
| ( ) Típico - No Trabalho  ( ) Trajeto – No Deslocamento  ( ) Doença profissional |

1. **Dados sobre o acidente/doença relacionado ao trabalho:**

|  |
| --- |
| Data:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Hora:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  N° de horas trabalhadas até o momento do acidente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Agente de risco: ( ) Físico ( )Químico ( ) Biológico ( )Ergonômico ( ) Outro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ( ) Com lesão ( ) Sem lesão  ( ) Com afastamento ( ) Sem afastamento ( ) Com óbito  \* Na exposição a material biológico, houve encaminhamento do (a) trabalhador (a) ao serviço de saúde de referência para realização da(s) profilaxia(s) e do(s) protocolo(s) de acompanhamento? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Local de atendimento:  ( ) Pronto Socorro ( ) Hospital Escola ( ) Outros:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

1. **Parte do corpo atingida/lesionada:**

|  |
| --- |
| ( ) Olhos ( ) Cabeça (exceto olhos)  ( ) Mãos ( ) Membros superiores (exceto mãos)  ( ) Tronco ( ) Membros inferiores  ( ) Sistema/Aparelho:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( ) Múltiplas partes |

1. **Descrição do acidente/doença:**

|  |
| --- |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

1. **Dados sobre o local do acidente/doença:**

|  |
| --- |
| Local onde ocorreu:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Endereço:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_UF:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Órgão:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

1. **Testemunhas:**

|  |  |
| --- | --- |
| Testemunha 1:  Nome:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  CPF:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Telefone:( )\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Endereço:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  CEP:\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_  Email:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Testemunha 2:  Nome:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  CPF:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Telefone: ( )\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Endereço:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  CEP:\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_  Email:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

1. **Dados da pessoa responsável pelo preenchimento deste formulário:**

|  |  |
| --- | --- |
| Data:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nome:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  CPF:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Cargo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Carimbo: | Declaro serem verdadeiras todas as informações aqui prestadas, assumindo total responsabilidade pelas mesmas.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura |

\*Servidores(as) do Hospital Escola: Procurar atendimento no serviço de medicina do trabalho da EBSERH/HE-UFPel

\*Demais Servidores(as) da UFPel: Procurar atendimento no Pronto Socorro Municipal ou UPAS.

O Formulário de Comunicação Interna de Acidente em Serviço/Trabalho - CIAT pode ser acessado na página da CSQV/PROGEP no endereço <http://wp.ufpel.edu.br/progep/csqv/ciat-comunicacao-interna-de-acidente-de-trabalho>.

A CIAT pode ser preenchida pelo próprio servidor, por sua chefia ou outro responsável e deve ser encaminhada à sessão de Perícia Médica, localizada na rua Dr.Cassiano 424, centro, Pelotas.

Outras informações no Telefone da CSQV: (53) 3284 39 81.

**INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO**

**1) Definição de Acidente em Serviço/ Acidente de Trabalho:**

**Acidente em serviço** é aquele ocorrido com o(a) servidor(a) no exercício do cargo ou função, que se relacione direta ou indiretamente com as atribuições a ele(a) inerentes, que possa causar a perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho.

São considerados **acidentes de trabalho** os que ocorrem com os (as) empregados (as) públicos, os(as) ocupantes de cargo comissionado sem vínculo efetivo e os(as) contratados(as) temporariamente, ou seja, os segurados do Regime Geral de Previdência Social - RGPS.

**2) Quando preencher a CIAT:**

Após a ocorrência do acidente e atendimento à vítima, deverá ser preenchido o formulário para Comunicação Interna de Acidente em Serviço / Trabalho – CIAT.

**3) Quem pode preencher o formulário:**

* O próprio servidor;
* A sua chefia imediata;
* A equipe de vigilância de ambientes e processos de trabalho;
* Membro da família do servidor;
* O Perito oficial em saúde;
* Testemunha do acidente;

**4) Local de entrega do formulário:**

Depois de preenchido e assinado, o formulário deverá ser enviado a sessão de Perícia Médica da UFPel. À rua Dr. Cassiano n° 424, Centro de Pelotas.

**O prazo para entrega é de 10 dias a contar da data do acidente.**

**5) Fluxograma :**