

RELATÓRIO MÉDICO REMOÇÃO/REDISTRIBUIÇÃO/CESSÃO

Relatório médico da área de saúde do Tribunal Regional do Trabalho da _____ Região à área de saúde do Tribunal Regional do Trabalho da 3ª Região.

Dados pessoais

nome do servidor		
código/matricula		
cargo	Data de admissão	
Informações básicas	Sim	Não
Afastamento por motivo de saúde nos últimos 5 anos.		

Em caso positivo, detalhar por ano.		
Licença	Ano	Dias de afastamento
	Sim	Não
Presença de restrição laboral		
Em caso positivo, informar sobre a doença motivadora da modificação de atividades laborais.		

TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO – 3ª REGIÃO				
Comunicação Interna de Acidente de Serviço - CIAS				Nº
De:				
Para:				
Dados do Acidente				
1. Nome do acidentado			2. Nº de pasta:	
3. Endereço do acidentado:				
4. Cargo:		5. Local de trabalho:		6. Horário de trabalho:
7. <input type="checkbox"/> Efetivo <input type="checkbox"/> Requisitado	8. Data do acidente:	9. Hora do acidente:	10. Após quantas horas de trabalho:	
11. Acidente de trajeto? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		12. Município onde ocorreu o acidente:	13. UF:	
14. Parte(s) do corpo atingida(s): braço esquerdo				
15. Agente(s) causador(es) do acidente: fio de telefone				
16. Descrição da situação geradora do acidente:				
17. Registro Policial? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	18. Nº BO:	19. Houve Morte? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	20. Afastamento do trabalho? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	21. Dias de afastamento:
22. Informações adicionais:				
23. Responsável pelas informações:			Nº pasta:	
Assinatura:			24. Data:	
25. Acidentado (Ass):				
26. Testemunha 1:			Identidade:	
Endereço:			Tel:	
Testemunha 2:			Identidade:	
Endereço:			Tel:	

Continua no verso.....

27. PARECER DA SSO: Acidente de trabalho? Sim Não (JUSTIFICATIVA)

ASS.

ORIENTAÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DA CIAS

1. **Nome do acidentado:** informar o nome completo do acidentado, sem abreviaturas.
2. **Nº de pasta:** informar o número da pasta do acidentado.
3. **Endereço:** informar o endereço residencial do acidentado e telefone de contato.
4. **Cargo:** informar o cargo do acidentado.
5. **Local de trabalho:** informar o setor e a cidade onde o servidor trabalha.
6. **Horário de trabalho:** informar o horário de trabalho habitual do acidentado.
7. **Efetivo ou Requisitado:** informar no campo correspondente com um X o vínculo do acidentado com o TRT.
8. **Data do acidente:** informar a data em que o acidente ocorreu (dd/mm/aaaa).
9. **Hora do acidente:** informar a hora em que o acidente ocorreu com 4 dígitos.
10. **Após quantas horas de trabalho?** Informar o número de horas decorridas desde o início da jornada de trabalho até o momento do acidente.
11. **Acidente de trajeto?** Marcar no campo correspondente se foi acidente de trajeto (ou seja, aquele sofrido no percurso habitual da residência para o trabalho e vice-versa).
12. **Município onde ocorreu o acidente:** Informar o nome do município onde ocorreu o acidente.
13. **UF:** Informar o estado (UF) onde ocorreu o acidente.
14. **Parte(s) do corpo atingida(s):** Informar a parte do corpo diretamente atingida pelo agente causador, seja externa ou internamente. Especificar o lado atingido (direito ou esquerdo).
15. **Agente causador do acidente:** informar o agente diretamente relacionado ao acidente, podendo ser máquina, equipamento ou ferramenta, produtos químicos, agentes físicos ou biológicos. Pode ainda ser consignada uma situação específica como queda, choque elétrico, atropelamento, albaroamento.
16. **Descrição da situação geradora do acidente:** descrever a situação ou a atividade de trabalho desenvolvida pelo acidentado e por outros diretamente relacionados ao acidente. Tratando-se de acidente de trajeto, especificar o deslocamento e informar se o percurso foi ou não alterado ou interrompido por motivos alheios ao trabalho.
17. **Registro Policial?** Informar se houve registro policial.
18. **Nº BO:** Se houve registro policial, informar o número do Boletim de Ocorrência – BO.
19. **Houve Morte:** Informar se o acidente provocou a morte do servidor.
20. **Afastamento do trabalho:** Informar se houve necessidade de afastamento do trabalho para tratamento de saúde.
21. **Dias de afastamento:** Este campo será preenchido pelo médico da SSO.
22. **Informações adicionais:** quando for necessário fazer alguma observação adicional.
23. **Responsável pelas informações:** Informar o nome completo do responsável pelas informações, nº de pasta e assinatura.
24. **Data:** informar a data em que foi feita a CIAS.
25. **Assinatura do acidentado:** quando possível.
26. **Testemunhas, identidade e endereço:** Informar o nome completo das testemunhas quando houver, identidade, endereço residencial e telefone de contato.
27. **Parecer da SSO:** o(s) profissional(is) da SSO que avaliar(em) a CIAS deverá(o) dar o parecer se foi ou não acidente de trabalho. Caso negativo, deverá ser feita uma justificativa. Poderão ser solicitados documentos e atestados para elaboração do parecer.