



PREVICAMPOS

Instituto de Previdência dos Servidores do Município de Campos dos Goytacazes - RJ

COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE EM SERVIÇO - CAS

(Ler atentamente as orientações, no verso, antes do preenchimento)

1 - Emitente <input type="checkbox"/>		
1 - Empregador	2 - Sindicato	3 - Médico
4 - Segurado	5 - Autoridade Pública	
2 - Tipo de CAS <input type="checkbox"/>		
1 - Início 2 - Reabertura 3 - Comunicação de Óbito em: ____/____/____		

Empregador	3 - Razão Social / Nome			4 - CNPJ			5 - CNAE				
	6 - Endereço		Rua/Av/Nº/Comp.	Bairro	CEP	7 - Município		8 - UF	9 - Telefone ()		
Acidentado	10 - Nome							11 - Matrícula			
	12 - Data de nascim.	13 - Sexo <input type="checkbox"/>	14 - Estado Civil <input type="checkbox"/>		15 - CTPS		Série	Data de Emissão	16 - UF		
	17 - Carteira de Identidade		Data	Órgão Exp.	18 - UF	19 - PIS/PASEP		20 - Remuneração mensal			
	21 - Endereço		Rua/Av/Nº/Comp.	Bairro	CEP	22 - Município		23 - UF	24 - Telefone ()		
	25 - Função			26 - Secretaria de Origem							
Acidente ou Doença	27 - Data do acidente	28 - Hora Acidente	29 - Após quantas horas de trabalho?		30 - Houve afastamento? <input type="checkbox"/>		31 - Último dia Trabalhado				
	32 - Local do acidente	33 - CNPJ			34 - Município do local do acidente		35 - UF	36 - Especificação do local do acidente			
	37 - Parte(s) do corpo atingida(s)						38 - Agente causador				
	39 - Descrição da situação geradora do acidente ou doença						40 - Houve registro policial? <input type="checkbox"/>				
Testemunhas	42 - Nome										
	43 - Endereço		Rua/Av/Nº/Comp.	Bairro	CEP	44 - Município		45 - UF	Telefone ()		
	46 - Nome										
47 - Endereço		Rua/Av/Nº/Comp.	Bairro	CEP	48 - Município		49 - UF	Telefone ()			

II - ATESTADO MÉDICO	Local e Data			Assinatura e Carimbo do emitente					
	50 - Unidade de atendimento médico			51 - Data			52 - Hora		
	53 - Houve internação? <input type="checkbox"/>		54 - Duração provável do tratamento		55 - Deverá o acidentado afastar-se do trabalho durante o tratamento? <input type="checkbox"/>				
	1 - Sim 2 - Não		_____ dias		1 - Sim 2 - Não				
Lesão	56 - Descrição e natureza da lesão								
	57 - Diagnóstico provável						58 - CID - 10		
Diagnóstico	59 - Observações								

III - PREVICAMPOS	Local e Data			Assinatura e Carimbo do médico com CRM						
	60 - Recebida									
	61 - É reconhecido o direito do segurado à habilitação de benefício acidentário? <input type="checkbox"/>			62 - Tipo <input type="checkbox"/>						
1 - Sim 2 - Não					1 - Típico		2 - Doença 3 - Trajeto			
63 - Matrícula do servidor										
Matrícula			Assinatura do servidor							

Notas:

1 - A inexistência das declarações dessa comunicação implicará às sanções previstas no Art. 171 e Art. 299 do Código Penal.

2 - A comunicação do Acidente em Serviço deverá ser feita no prazo de 10 (dez) dias, prorrogável quando as circunstâncias o exigirem.

3 - A comunicação do Acidente em Serviço rege-se-á pelo Art. 87 da Lei 5.247/91.

4 - Os conceitos de Acidente em Serviço estão configurados no Art. 83 da Lei 6.786/99.

ORIENTAÇÕES DE PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO CAT

Quadro 1 - EMITENTE

1.1 - Informações relativas ao EMPREGADOR

Campo 1. Emitente - informar no campo demarcado o dígito que especifica o responsável pela emissão da CAS, sendo: (1) empregador; (2) sindicato; (3) médico assistente; (4) segurado; (5) autoridade pública.

Campo 2. Tipo de CAS - informar no campo demarcado o dígito que especifica o tipo de CAS, sendo: (1) Inicial - refere-se à primeira comunicação do acidente ou doença quando estes ocorrem; (2) Reabertura - quando houver reinício de tratamento ou afastamento por agravamento da lesão (acidente/doença comunicado anteriormente ao PREVICAMPOS); (3) Comunicação de Óbito - refere-se à comunicação do óbito, em decorrência de acidente do trabalho, ocorrido após a emissão da CAS inicial.

Obs.: Os acidentes com morte imediata deverão ser comunicados na CAS Tipo inicial.

Campo 3. Razão Social/Nome - informar a denominação da empresa, cooperativa, associação, autônomo ou equiparado quando empregador (art. 14 do Decreto nº 2.173/97).

Obs.: Informar o nome do acidentado quando segurado especial.

Campo 4. CNPJ

Matrícula no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica - CNPJ da empresa que admitiu o trabalhador.

Campo 5. CNAE - informar o código relativo à atividade principal do estabelecimento em conformidade com aquela que determina o Grau de Risco para fins de contribuição para benefícios decorrentes do acidente de trabalho. O código CNAE (Classificação Nacional de Atividade Econômica) encontra-se no documento de CNPJ da empresa ou no Anexo do Decreto 2.173/97.

Obs.: No caso de segurado especial o campo poderá ficar em branco.

Campo 6. Endereço - informar o endereço completo da empresa, cooperativa, associação, autônomo ou equiparado, quando empregador (artigo 15 do Decreto 2.173/97); Informar o endereço do acidentado quando segurado especial. O número do telefone, quando houver, deverá ser precedido do código DDD do município.

1.2 - Informações relativas ao ACIDENTADO

Campo 10. Nome - informar o nome completo do acidentado, sem abreviaturas.

Campo 11. Matrícula - informar o número da matrícula do servidor acidentado.

Campo 12. Data de nascimento - informar a data completa de nascimento do acidentado, colocando o ano com quatro dígitos. Exemplo: 16/11/1960

Campo 15. CTPS - informar o número, a série e a data de emissão da Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS.

Obs.: No caso de segurado empregado, é obrigatória a especificação do número da CTPS.

Campo 16. UF - informar a Unidade da Federação de emissão da CTPS.

Campo 17. Carteira de Identidade - informar o número do documento, a data de emissão e o órgão expedidor.

Campo 18. UF - informar a Unidade da Federação de emissão da carteira de identidade.

Campo 19. PIS/PASEP - informar o número de inscrição no Programa de Integração Social - PIS ou no Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público - PASEP, conforme o caso. No caso de segurado especial ou de médico residente o campo poderá ficar em branco.

Campo 20. Remuneração mensal - informar a remuneração mensal do acidentado em moeda corrente na data do acidente.

Campo 21. Endereço do acidentado - informar o endereço completo do acidentado. O número do telefone, quando houver, deverá ser precedido do código DDD do município.

Campo 25. Função - informar o nome da função exercida pelo acidentado à época do acidente/doença.

Campo 26. Secretaria de origem - informar o nome da Secretaria a qual pertence o servidor.

Campo 27. Data do acidente - informar a data em que o acidente ocorreu. No caso de doença, informar como data do acidente a da conclusão do diagnóstico ou a do início da incapacidade laborativa, devendo ser consignada aquela que ocorrer primeiro. A data deverá ser completa, com o ano com quatro dígitos, Ex.: 23/11/1998.

Campo 28. Hora do acidente - informar a hora da ocorrência com quatro dígitos (Ex.: 10:45). No caso de doença, o campo deverá ser deixado em branco.

Campo 29. Após quantas horas de trabalho - informar o número de horas decorridas entre o início da jornada de trabalho e o acidente. No caso de doença, o campo deverá ser deixado em branco.

Campo 30. Houve afastamento - informar se houve ou não afastamento do trabalho.

Obs.: É importante ressaltar que a CAS deverá ser emitida para todos os acidentes ou doenças que sejam relacionados ao trabalho, ainda que não haja afastamento ou incapacidade.

Campo 31. Último dia de trabalho - informar a data completa do último dia em que efetivamente houve trabalho do acidentado, ainda que a jornada não tenha sido completa, colocando o ano com quatro dígitos. Exemplo: 01/02/1999.

Obs.: Só preencher no caso de contar 1 (Sim) no Campo 3.

Campo 32. Local do acidente - informar o local onde ocorreu o acidente, sendo: (1) em estabelecimento da empregadora; (2) em empresa onde a empregadora presta serviço; 3 (3) em via pública; (4) em área natural; (5) outros.

Obs.: No caso 2, informar o nome e o CNPJ da empresa onde ocorreu o acidente/doença.

Campo 34. Município do local do acidente - informar o município onde ocorreu o acidente.

Campo 36. Especificação do local do acidente - informar de maneira clara e precisa o local onde ocorreu o acidente (Ex.: Pátio, rampa de acesso, posto de trabalho, etc).

Campo 37. Parte(s) do corpo atingida(s) - para acidente em serviço deverá ser informado a parte do corpo diretamente atingida pelo agente causador. Para doenças profissionais, do trabalho, ou equiparadas, informar o órgão ou sistema lesionado.

Obs.: Deverá ser especificado o lado atingido (direito ou esquerdo) quando se tratar de parte do corpo que seja bilateral.

Campo 38. Agente causador - informar o agente diretamente relacionado ao acidente, podendo ser máquina, equipamento ou ferramenta como uma injetora de Plásticos; ou produtos químicos, agentes físicos ou biológicos como benzeno, sílica, ruído ou salmonela. Pode ser ainda consignada uma situação específica com queda, choque elétrico, atropelamento.

Campo 39. Descrição da situação geradora do acidente ou doença - descrever a situação ou 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 esse foi ou não, alterado ou 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 neste campo o diagnóstico da doença ou lesão (Ex.: Indicar a exposição continuada a níveis acentuados de benzeno em função da atividade de pintar motores com tintas contendo solventes orgânicos e não benzenismo).

Campo 40. Houve registro policial - informar se houve ou não registro policial. No caso de constar 1 (Sim), deverá ser encaminhada cópia do documento a PREVICAMPOS oportunamente.

Campo 41. Houve morte - o campo deverá contar SIM sempre que tenha havido morte em tempo anterior ao do preenchimento da CAS independente da mesma ter ocorrido no local do acidente ou após o mesmo. Quando ocorrer morte do segurado após a emissão da CAS inicial, a empresa deverá emitir a CAS para a comunicação de óbito decorrente de acidente ou doença do trabalho. Deverá ser anexada à CAS cópia da certidão de óbito.

1.4 - Informações relativas às TESTEMUNHAS.

Campo 42 a 49. Testemunhas - informar testemunhas que tenham presenciado o acidente ou aquelas que primeiro tomaram ciência do fato.

Obs.: Assinatura e carimbo do emitente - no caso da emissão pelo próprio segurado ou por seus dependentes fica dispensado, o carimbo devendo entretanto ser consignado o nome legível do emitente ao lado ou abaixo de sua assinatura.

Local e Data - informar local e data da emissão da CAS

Quadro II - ATESTADO MÉDICO

Deverá ser preenchido por profissional médico. No caso de acidente com morte, o preenchimento é indispensável, devendo ser apresentada a certidão de óbito, quando houver, o laudo de necropsia.

Campo 50. Unidade de atendimento médico - informar o nome do local onde foi prestado o atendimento médico.

Campo 51. Data - informar a data do atendimento. A data deverá ser completa, colocando o ano com quatro dígitos. Ex.: 23/11/1998

Campo 52. Hora - informar a hora do atendimento com quatro dígitos, Ex.: 15:10

Campo 54. Duração provável do tratamento - informar o período do tratamento, mesmo que superior a 15 dias.

Campo 56. Descrição e natureza da lesão - fazer o relato claro e sucinto, informando a natureza, tipo da lesão e/ou quadro clínico da doença, citando a parte do corpo atingida, sistemas ou aparelhos, Ex.: A) Edema, equimose, limitação dos movimentos na articulação tíbio-társica direita; b) Sinais flogísticos, edema no antebraço esquerdo e dor à movimentação da flexão do punho esquerdo.

Campo 57. Diagnóstico provável - informar, objetivamente, o diagnóstico (Ex.: A) Entorse tornozelo direito; b) Tendinite dos flexores do corpo).

Campo 58. CID 10 - Classificar conforme CID-10 (Ex.: S93-4 - entorse e distensão tornozelo direito; M65-9 - Sinovite ou tendinite não especificada).

Campo 59. Observações - citar qualquer tipo de informação médica adicional, como condições patológicas pré-existentes, com causas, se há compatibilidade entre o estágio evolutivo das lesões e a data do acidente declarada, se há recomendação especial para permanência no trabalho, etc.

Obs.: Havendo recomendação especial para a permanência no trabalho, justificar.

Quadro III - PREVICAMPOS

Campos de uso exclusivo do Instituto de Previdência dos Servidores do Município de Campos dos Goytacazes.