

COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE EM SERVIÇO

ESTIQUETA DE PROCESSO

DADOS PESSOAIS DO SERVIDOR

Nome:		Inscrição	
Órgão:		SIAPE	
Unidade:	Departamento ou Setor:		
Cargo:	Horário de Trabalho de ____ : ____ as ____ : ____		
Acumula cargo ou função? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, (especificar)		Órgão:	

ENDEREÇO RESIDENCIAL DO SERVIDOR

Logradouro:	Número:	Complemento:
Bairro:	CEP: _ _ _ _ _ _ _ _	Telefone ()
Município:	UF:	

DADOS DO ACIDENTE (preenchimento pelo servidor ou interessado)

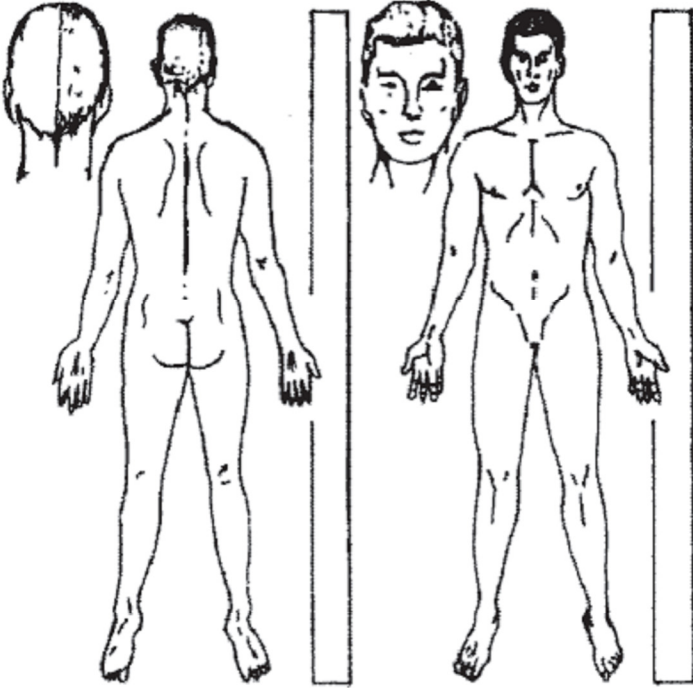
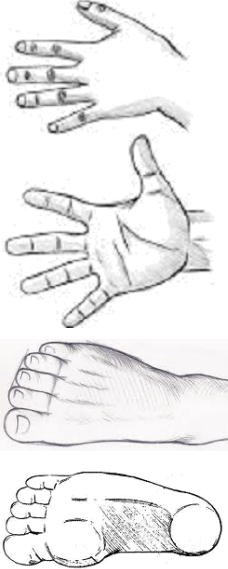
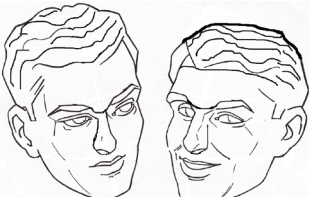
Data do acidente: ____/____/____	Hora: ____:____	Local da ocorrência: <input type="checkbox"/> No local de trabalho <input type="checkbox"/> No trajeto entre trabalho residência ou vice-versa
O que estava fazendo? (responda apenas se <u>NÃO</u> tratar acidente de trajeto)		
Onde? (em caso de acidente de trajeto, coloque o endereço)		
Descreva o acidente: (o acontecimento, a(s) parte(s) de seu corpo que foi(ram) atingida(s), as consequências e limitação(ões) resultante(s):		

DECLARAÇÃO DA CHEFIA IMEDIATA SOBRE A OCORRÊNCIA DO ACIDENTE.

Executava o trabalho na instituição?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	O trabalho que executava consta do rol de atribuições do cargo?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
No horário do acidente o Servidor estava a serviço?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Trata-se de agressão sofrida de durante a jornada laboral?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
No momento do acidente executava trabalho Externo?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não há elementos suficientes para fornecer as informações solicitadas.		
Data ____/____/____	Assinatura do chefe imediato (com carimbo)				

PERÍCIA MÉDICA

Favor circular nos modelos abaixo, com esferográfica, o local da lesão e indicar conforme legenda, o tipo de dano junto aos círculos que fizer.

PARTES DO CORPO ATINGIDAS	DETALHES	TIPO DE DANO:
		<ol style="list-style-type: none"> 1. Amputação traumática. 2. Contato com fluidos ou com secreções. 3. Corpo estranho. 4. Escoriação. 5. Ferimento contuso. 6. Ferimento cortante. 7. Ferimento perfurante. 8. Fratura exposta. 9. Fratura NÃO exposta. 10. Hemorragia exógena. 11. Luxação. 12. Mordedura. 13. Queimadura. 14. Torção. 15. 16. 17. 

Houve necessidade de internação? Não Sim, pordias.

Há necessidade de Tratamento Especializado? Não Sim. Qual(is) especialidade(s)?

Necessita de Medicação especial?

Há disponibilidade do tratamento especializado na rede pública de saúde? Sim Não

A documentação apresentada está coerente com o tipo de acidente e tratamento proposto? Sim Não NA

Qual a duração provável do tratamento especializado? ___ / ___ / ___ a ___ / ___ / ___ Não se Aplica

Foi concedida licença para tratar da saúde? Não. Sim, no período de ___ / ___ / ___ a ___ / ___ / ___.

Anexada conclusão médico-pericial? Sim Não

Campo para observações da Perícia Médica.

Data ___ / ___ / ___

Assinatura do médico perito (com carimbo)