



Comunicação de Acidente do Trabalho - Servidor Estatutário

1. Identificação do funcionário

Nome: _____	
RG: _____	Idade: _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____
Cargo: _____	
Função Exercida: _____	
Endereço Residencial: _____	
Bairro: _____	Telefone Residencial: _____
CEP.: _____	Município: _____

2. Formação Escolar

1. () Analfabeto	5. () 2º Grau Incompleto
2. () Alfabetizado	6. () 2º Grau Completo
3. () 1º Grau Incompleto	7. () Superior
4. () 1º Grau Completo	8. () Pós-graduação

3. Identificação do Órgão

Órgão / Unidade Admin.: _____	
Município: _____	Telefone: _____

4. Informações sobre o Acidente

5. Tipo do Acidente

Data do Acidente: ____ / ____ / ____ . Hora do Acidente: ____ : ____	1. () Típico (no trabalho)
Número de horas trabalhadas até o acidente: ____ : ____ horas	2. () Trajeto (Deslocamento: casa p/ trabalho; Trabalho p/ casa)
1. () Com afastamento () Sem afastamento	3. () Doença Profissional (competência exclusiva da DPM)
2. () Com Óbito	

6. Descrição do Acidente (Preenchimento obrigatório pelo SESMT ou Chefia imediata)

Parte(s) do corpo atingida(s)

1. () Cabeça (exceto olhos)	5. () Mãos
2. () Olhos	6. () Membros inferiores
3. () Tronco	7. () Sistemas e aparelhos
4. () Membros superiores (exceto mãos)	8. () Múltiplas partes

A Comunicação de Acidente de Trabalho deve ser encaminhada à DPM no prazo máximo de 24 horas da ocorrência do acidente.

7. Laudo de Exame Médico

Serviço Médico: _____ Data: ____ / ____ / ____ Hora: ____ :
Descrição da(s) Lesão(s): _____
Diagnóstico provável: _____
Há compatibilidade entre o estágio evolutivo da(s) Lesão(s) e a data do acidente declarada no anverso ? () SIM () NÃO
Há correlação entre a natureza, grau e localização da(s) lesão(s) e o histórico do acidente que a(s) teriam provocado ? () SIM () NÃO
Regime de tratamento a que deverá submeter-se o acidentado. () Hospitalar () Ambulatorial
Deverá o acidentado, durante o tratamento, afastar-se do trabalho ? () SIM () NÃO
Condições patológicas preexistentes ao acidente: _____
Observações: _____
Localidade: _____ Data: ____ / ____ / ____.

Médico Assistente (assinatura e carimbo)

8. De uso exclusivo da DPM

Investigação do Acidente (codificado) () Natureza do Acidente () Causa da Lesão () Natureza da Lesão () Parte do corpo atingida Observações: _____

Testemunhas do Acidente

Nome: _____ Assinatura: _____
Endereço: _____
Nome: _____ Assinatura: _____
Endereço: _____

Chefia Imediata: Data: ____ / ____ / ____ Nome: _____ Assinatura: _____ Carimbo	Declaro serem verdadeiras todas as informações aqui prestadas, assumindo total responsabilidade pelas mesmas. _____ Assinatura do Servidor
--	---