|  |
| --- |
| NAT n.º \_\_\_\_ / \_\_\_\_ |

**PROC. Nº .........../..........**

##### DADOS DO ACIDENTE

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATA DO ACIDENTE** | **DIA DA SEMANA** | **HORÁRIO DO ACIDENTE** | | **JORNADA DE TRABALHO**  **DAS: ÀS:** | **( ) NO TRABALHO**  **( ) NO PERCURSO** |
| **LOCAL DO ACIDENTE:** | | | **POSTO DE TRABALHO:** | | |

##### DADOS DO ACIDENTADO

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOME:** | | | | | | | **DATA NASC.:** |
| **NI:** | | **RG:** | | | | **CPF:** | |
| **ENDEREÇO:** | **Número:** | | **BAIRRO:** | | **CIDADE:** | | |
| **CEP:** | **UF:** | | **TELEFONE:** | | **DATA EXERCICIO NO CARGO / FUNÇÃO:** | | |
| **CARGO / FUNÇÃO ATIVIDADE:** | **SECRETARIA DE ESTADO** | | | **UNIDADE DE EXERCICIO** | | | |

**DADOS DA TESTEMUNHA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOME:** | **RG:** | **TELEFONE:** |
| **ASSINATURA:** | | |
| **NOME:** | **RG:** | **TELEFONE:** |
| **ASSINATURA:** | | |

**DESCRIÇÃO DO ACIDENTE (DESCRIÇÃO RESUMIDA)**

|  |
| --- |
|  |

**DESCRIÇÃO DAS PARTES DO CORPO ATINGIDA (DESCRIÇÃO RESUMIDA)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PARTES DO CORPO ATINGIDAS E/OU PROBLEMAS MENTAIS DECORRENTES:** | | **CID N. º:** |
| **( ) COM AFASTAMENTO**  **( ) SEM AFASTAMENTO** | **PREVISÃO DE AFASTAMENTO (DIAS):** | |

##### INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES EM CASO DE ACIDENTE DE TRAJETO

|  |
| --- |
| **O ACIDENTE OCORREU NO PERCURSO**  **( ) DA RESIDÊNCIA PARA O TRABALHO ( ) DE IDA PARA O LOCAL DE REFEIÇÃO**  **( ) DO TRABALHO A RESIDÊNCIA ( ) DE VOLTA DO LOCAL DE REFEIÇÃO**  **( ) DE SAIDA A SERVICO DURANTE O EXPEDIENTE ( ) OUTROS** |

**OCORRÊNCIA POLICIAL**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **( ) SIM ( ) NÃO** | **BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º:** | |
| **HORÁRIO DE SAÍDA DO LOCAL ASSINALADO NO ITEM ANTERIOR:** | | **MEIO DE LOCOMOÇÃO USADO QUANDO DO ACIDENTE:** |
| **HOUVE ALTERAÇÃO OU MUDANÇA NO PERCURSO HABITUAL? ( ) SIM ( ) NÃO** | | |
| **POR QUÊ?** | | |

**RECURSO USUAL (Anexar Croquis e eventualmente fotos, explicando as imagens, se houver)**

|  |
| --- |
|  |

**DADOS DO SUPERIOR IMEDIATO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOME:** | | **RG:** |
| **FUNÇÃO / CARGO:** | **UNIDADE DE EXERCICIO:** | |
| **ENDEREÇO ELETRÔNICO:** | | |

**MANIFESTAÇÂO DA CIPA (OU DO SUPERIOR IMEDIATO PARA AS UNIDADES EM QUE NÃO HÁ CIPA)**

|  |  |
| --- | --- |
| **O ACIDENTE ATENDE OS REQUISITOS PARA SER ENQUADRADO LEGALMENTE COMO ACIDENTE DE TRABALHO PELO ÓRGÃO MÈDICO COMPETENTE (DPME) , CONFORME LEGISLAÇÂO:**  **( ) SIM ( ) NÃO** | **N.º NAT:** |
| **NOME:** | **RG:** |
| **FUNÇÂO CIPA / CARGO / FUNÇÂO:** | **DATA:** |
| **ASSINATURA:** | |

# ASSINATURA DO ACIDENTADO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**................................................................................, ......... de ......................................... de 20........**

|  |  |
| --- | --- |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **ASSINATURA E CARIMBO DO SUPERIOR IMEDIATO** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **ASSINATURA E CARIMBO DO DIRETOR DO ÓRGÂO DE RECURSOS HUMANOS** |

|  |  |
| --- | --- |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **ASSINATURA DO PRESIDENTE DA CIPA** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **ASSINATURA E CARIMBO DO DIRIGENTE GERAL DA UNIDADE** |