

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)

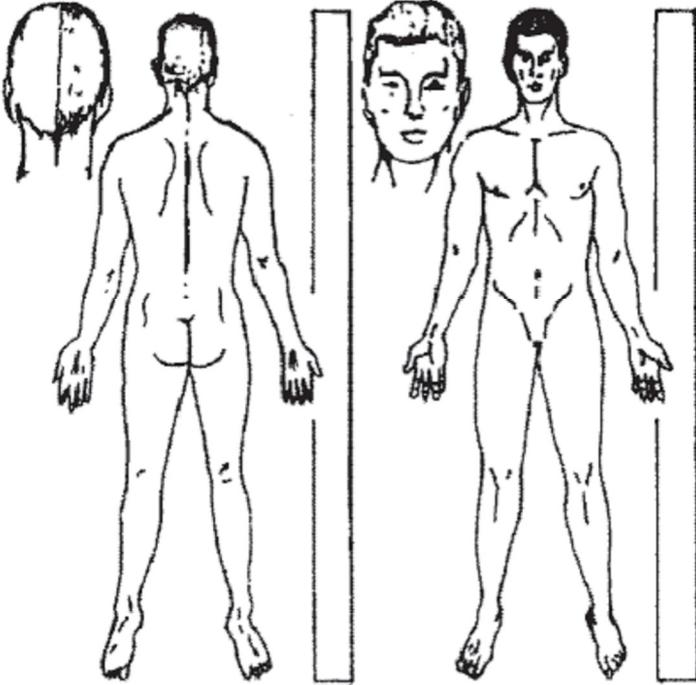
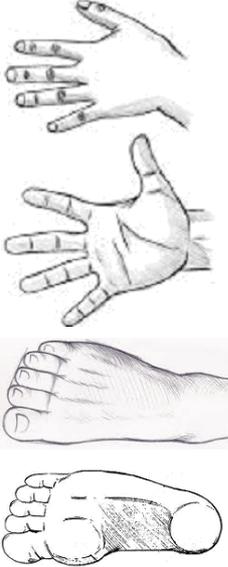
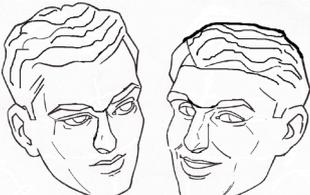
Data do acidente: ____/____/____	Hora: ____:____	Local da ocorrência: <input type="checkbox"/> No local de trabalho <input type="checkbox"/> No trajeto entre trabalho residência ou vice-versa
O que estava fazendo? (responda apenas se <u>NÃO</u> tratar acidente de trajeto)		
Onde? (em caso de acidente 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? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, pordias.	
Há necessidade de Tratamento Especializado?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Qual(is) especialidade(s)?
Necessita de Medicação especial?	
Há disponibilidade do tratamento especializado na rede pública de saúde?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
A documentação apresentada está coerente com o tipo de acidente e tratamento proposto? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA	
Qual a duração provável do tratamento especializado? ____ / ____ / ____ a ____ / ____ / ____ <input type="checkbox"/> Não se Aplica	
Foi concedida licença para tratar da saúde? <input type="checkbox"/> Não. <input type="checkbox"/> Sim, no período de ____ / ____ / ____ a ____ / ____ / ____.	
Anexada conclusão médico-pericial? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Campo para observações da Perícia Médica.	
Data ____ / ____ / ____	Assinatura do médico perito (com carimbo)