

COMUNICADO DE ACIDENTE EM SERVIÇO

CAMPOS PREENCHIDOS PELO (A) ACIDENTADO (A)

Nome:	
Cargo:	Matrícula SIAPE:
Lotação:	Telefone de Contato:
Data de Nascimento:	Sexo: () Masculino () Feminino
Local do Acidente (estabelecimento do(a) empregador(a), empresa onde o(a) empregado(a) presta serviço, via pública, área rural, desconhecido ou outros):	
Especificação do Local do Acidente (pátio, sala, quarto, posto de trabalho ou nome da rua):	
CGC/CNPJ - empregador(a):	
Órgão:	Unidade:
Informar o endereço onde ocorreu o acidente:	
Unidade da Federação:	Município:
Tipo: () Típico () Atípico	Data do Acidente:
O acidente ocorreu após quantas horas de trabalho?	O acidente gerou afastamento? () Sim () Não
Parte(s) do corpo atingida(s):	
Agente causador (acidente):	
Agente causador (doença):	
Situação geradora do acidente ou doença:	
Houve registro policial? () Sim () Não	Houve morte?

TESTEMUNHA 1

NOME:

CEP:		LOGRADOURO:	
NÚMERO:		BAIRRO:	
UF:	Município:	Telefone:	
Carteira de Identidade:		CPF	

Assinatura da testemunha 1

TESTEMUNHA 2

NOME:		
CEP:	LOGRADOURO:	
NÚMERO:	COMPLEMENTO:	BAIRRO:
UF:	Município:	Telefone:
Carteira de Identidade:		CPF:

Assinatura da Testemunha 2

CAMPOS PREENCHIDOS PELO MÉDICO ATENDENTE

ATENDIMENTO DE SAÚDE (preencher este campo caso o(a) acidentado(a) tenha sido atendido em uma Unidade de Atendimento de Saúde)

Unidade de Atendimento:		
Data:	Hora:	Houve Internação? () Sim () Não
Deverá o acidentado afastar-se do trabalho durante o tratamento? () Sim () Não		Duração provável do Tratamento? dias

LESÃO

Descrição e natureza da lesão:

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico Provável:
CID:
Observações:

NEXO CAUSAL

Houve Nexo Causal?

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO ATENDENTE

Em: ____/____/____

Médico (CRM)

AO DEPARTAMENTO DE SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA DO IFPA/ CGQV

Notificação do acidente descrito encaminhada para fins de registro

Em: ____/____/____

Secretaria da Unidade

À PERÍCIA OFICIAL EM SAÚDE DO IFPA

Notificação do Acidente em Serviço para Registro no SIAPE-SAÚDE

() Registrado () Não gerou afastamento () Gerou afastamento por ----- dias.

Em: ____/____/____

Médico (CRM)