**COMUNICAÇÃO INTERNA DE ACIDENTES**

|  |
| --- |
| **DADOS DO(A) ACIDENTADO(A):** |
| [ ]  Servidor(a) | [ ]  Estagiário(a) | [ ] Outro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | RG:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Emissão: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ Expedidor:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| Endereço: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Nº: \_\_\_\_\_\_\_ | Compl.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Bairro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Cidade:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | UF:\_\_\_\_\_ | CEP:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_ |
| Telefone residencial: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_ | Telefone celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Data nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ | Idade: \_\_\_\_\_ | Sexo: [ ] fem [ ] masc | Estado civil:\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Setor de trabalho: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Ramal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Cargo efetivo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Função de confiança: [ ] sim [ ] não |
| Siape: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Admissão: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ |  |
| Horário de trabalho: | das \_\_\_\_:\_\_\_\_ às \_\_\_\_:\_\_\_\_ e das \_\_\_\_:\_\_\_\_ às \_\_\_\_:\_\_\_\_ |
|  |  |  |
| **DADOS DO ACIDENTE:** |
| Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ | Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_ | Após \_\_\_\_ horas de trabalho. | Estava realizando hora extra?  [ ] sim [ ] não |
| Local do acidente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Agente causador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Partes do corpo atingidas: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Registro Policial: [ ]  não [ ]  sim: | Nº da ocorrência: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_ |
| Descrever o que fazia o acidentado e como ocorreu o acidente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |
| **DADOS DA(S) TESTEMUNHA(S) VISUAIS (V) E/OU CIRCUNSTANCIAIS (C):** |
| Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [ ]  V [ ] C |
| Endereço: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Nº: \_\_\_\_\_\_\_ | Compl.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Bairro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Cidade:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | UF:\_\_\_\_\_ | CEP:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_ |
| Telefone residencial: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_ | Telefone celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |
| Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [ ]  V [ ] C |
| Endereço: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Nº: \_\_\_\_\_\_\_ | Compl.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Bairro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Cidade:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | UF:\_\_\_\_\_ | CEP:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_ |
| Telefone residencial: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_ | Telefone celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,Local | \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_Data | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Assinatura/Carimbo do Chefe do setor envolvido em Acidente |
|  |
| **PARA USO DA SEBEN:** |
|  |  |  |
| Recebido por: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_ | Encaminhado para SIASS em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_Resp.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**LAUDO / SERVIÇO MÉDICO A QUE FOI ENCAMINHADO**

**(PREENCHIDO PELO MÉDICO)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Local: | Data atendimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ | Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_ |
| Internação: ( ) Sim  ( ) Não | Afastamento: ( ) Sim  ( ) Não | Duração tratamento: | CID: OBRIGATÓRIO |
| Natureza lesão: |
| Observações: |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Ass. médico: | CRM: |