

FORMULÁRIO DE ACIDENTE E INCIDENTE EM SERVIÇO

❖ Preencha os campos abaixo somente se ocorreu **ACIDENTE**

1. DADOS DO SERVIDOR

1.1. Nome:

1.2. Cidade:

1.3. Telefone:

2. DADOS FUNCIONAIS

2.1. SIAPE:

2.4. E-mail:

2.2. Unidade de exercício:

2.5. Setor:

2.3. Cargo:

2.6. Função:

2.7. Há quanto tempo exerce atividades neste local:

2.8. Já sofreu acidente de trabalho? () SIM () NÃO Em caso afirmativo, comente:

3. DADOS DO ACIDENTE (em se tratando de doença do trabalho, NÃO preencher os itens 3.1, 3.2, 3.5 e 3.7. Em caso de acidente típico ou acidente de trajeto, NÃO preencher o item 3.8)

3.1. Data: Hora: Após quantas horas de trabalho:

3.2. Local do acidente:

3.3. Houve afastamento? () SIM () NÃO Último dia trabalhado:

3.4. Parte(s) do corpo atingida(s):

3.5. Houve registro de Boletim de Ocorrência (BO)? () SIM () NÃO

3.6. Utilizava equipamento de proteção individual – EPI? Qual (is)?

3.7. Relate o ocorrido:

3.8. Relate os sintomas e as razões pelas quais suspeite que a doença tenha sido decorrente de suas atividades laborais:

4. DADOS DO ATENDIMENTO DE SAÚDE

4.1. Recebeu atendimento médico ou de enfermagem? () SIM () NÃO

4.2. Onde:

4.3 Houve internação: () SIM () NÃO Duração provável do tratamento:

❖ Preencha os campos abaixo somente se ocorreu **INCIDENTE**

1. DADOS DO NOTIFICADOR

1.1. Nome:

1.2. SIAPE:

1.3. Unidade:

1.4. Telefone:

2. DADOS DO INCIDENTE

1.1. Data:

1.2. Hora:

1.3. Local:

1.4. Houve dano ao patrimônio? Quais?

1.5. Relate o ocorrido:

1.6. Foi realizada alguma ação de correção? Qual?

Declaramos que as informações prestadas são verdadeiras.

Responsável pelo preenchimento

Servidor (somente para
ACIDENTE)

Chefia Imediata (somente para
ACIDENTE)

Nome:

Nome:

Nome:

Data:

Data:

Data:
