

GOVERNO DO ESTADO DO PARANÁ
Secretaria de Estado da Administração
Divisão de Medicina e Saúde Ocupacional
Comunicação de Acidente do Trabalho - Servidor Estatutário

(Preencher datilografado ou em letra de forma)

1. Identificação do funcionário

Nome: _____	
RG: _____	Idade: _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____
Cargo: _____ Categoria Funcional: () Efetivo () Cargo em Comissão	
Função Exercida: _____	
Endereço Residencial: _____	
Bairro: _____	Telefone Residencial: _____
CEP.: _____	Município: _____

2. Formação Escolar

<input type="checkbox"/> 1. Analfabeto	<input type="checkbox"/> 5. 2º Grau Incompleto
<input type="checkbox"/> 2. Alfabetizado	<input type="checkbox"/> 6. 2º Grau Completo
<input type="checkbox"/> 3. 1º Grau Incompleto	<input type="checkbox"/> 7. Superior
<input type="checkbox"/> 4. 1º Grau Completo	<input type="checkbox"/> 8. Pós-graduação

3. Identificação do Órgão

Órgão / Unidade Admin.: _____
Município: _____ Telefone: _____

4. Informações sobre o Acidente

5. Tipo do Acidente

Data do Acidente: ___/___/___ . Hora do Acidente: ___:___ h.	<input type="checkbox"/> 1. Típico (no Trabalho)
Número de horas trabalhadas até o acidente: ___:___ horas	<input type="checkbox"/> 2. Trajeto (Deslocamento: casa p/ trabalho; Trabalho p/ casa)
<input type="checkbox"/> 1. Com afastamento <input type="checkbox"/> 2. Sem Afastamento <input type="checkbox"/> 3. Com Óbito	<input type="checkbox"/> 3. Doença Profissional (competência exclusiva da DIMS)
<input type="checkbox"/> 1. Com Lesão <input type="checkbox"/> 2. Sem Lesão	

6. Descrição do Acidente

(Preenchimento obrigatório pelo SESMT ou Chefia imediata)

Parte(s) do corpo atingida(s)

<input type="checkbox"/> 1. Cabeça (exceto olhos)	<input type="checkbox"/> 5. Mãos
<input type="checkbox"/> 2. Olhos	<input type="checkbox"/> 6. Membros inferiores
<input type="checkbox"/> 3. Tronco	<input type="checkbox"/> 7. Sistemas e aparelhos
<input type="checkbox"/> 4. Membros superiores (exceto mãos)	<input type="checkbox"/> 8. Múltiplas partes

A Comunicação de Acidente de Trabalho deve ser encaminhada a DIMS no prazo máximo de 24 horas

7. Laudo de Exame Médico

Serviço Médico: _____	Data: ___/___/___	Hora: ___:___
Descrição da(s) Lesão(ões): _____		

Diagnóstico provável: _____

Há compatibilidade entre o estágio evolutivo da(s) Lesão(ões) e a data do acidente declarada no anverso ?

() SIM () NÃO

Há correlação entre a natureza, grau e localização da(s) lesão(ões) e o histórico do acidente que a(s) teriam provocado ?

() SIM () NÃO

Regime de tratamento a que deverá submeter-se o acidentado. () Hospitalar () Ambulatorial

Deverá o acidentado, durante o tratamento, afastar-se do trabalho ? () SIM () NÃO

Condições patológicas preexistentes ao acidente: _____

Observações: _____

Localidade: _____ Data: ____ / ____ / ____.

Médico Assistente (assinatura e carimbo)

8. De uso exclusivo da DIMS

Investigação do Acidente

(Codificado)

() Natureza do Acidente () Causa da Lesão () Natureza da Lesão () Parte do corpo atingida

Observações: _____

Testemunhas do Acidente

Nome: _____ Assinatura: _____

Endereço: _____

Nome: _____ Assinatura: _____

Endereço: _____

Chefia Imediata: _____ Data: ____ / ____ / ____

Nome: _____

Assinatura:

Carimbo

Declaro serem verdadeiras todas as informações aqui prestadas, assumindo total responsabilidade pelas mesmas.

Assinatura do Servidor