

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

**1. Identificação do funcionário**

Nome: _____	
_____	
RG. _____	Idade: _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____
_____	
Cargo: _____	
_____	
Função	
Exercida: _____	
Endereço	
Residencial: _____	
Bairro: _____	Telefone Residencial: _____
_____	
CEP.: _____	
Município: _____	

**2. Formação Escolar**

1. ( ) Analfabeto	5. ( ) 2º Grau Incompleto
2. ( ) Alfabetizado	6. ( ) 2º Grau Completo
3. ( ) 1º Grau Incompleto	7. ( ) Superior
4. ( ) 1º Grau Completo	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: ____:____	1. ( ) Típico ( no Trabalho )
Número de horas trabalhadas até o acidente: ____:____ horas	2. ( ) Trajeto (Deslocamento: casa p/ trabalho; Trabalho p/ casa)
1. ( ) Com afastamento 2. ( ) Sem afastamento 3. ( ) Com Óbito	3. ( ) Doença Profissional ( competência exclusiva da DIMS)
1. ( ) 1. Com lesão 2. ( ) Sem lesão	

**6. Descrição do Acidente**

(Preenchimento obrigatório pelo SESMT ou Chefia imediata)

--

--

**Parte(s) do corpo atingida(s)**

1 . ( ) Cabeça (exceto olhos)	5 . ( ) Mãos
2 . ( ) Olhos	6 . ( ) Membros inferiores
3 . ( ) Tronco	7 . ( ) Sistemas e aparelhos
4 . ( ) Membros superiores (exceto mãos)	8 . ( ) Múltiplas partes

**A Comunicação de Acidente de Trabalho deve ser encaminhada à DIMS no prazo máximo de 24 horas da ocorrência do acidente.**

**7. Laudo de Exame Médico**

Serviço Médico: _____ Data: ___/___/___ Hora: ___:___
Descrição da(s) Lesão(s): _____
Diagnóstico provável: _____
Há compatibilidade entre o estágio evolutivo da(s) Lesão(s) e a data do acidente declarada no anverso ? ( ) SIM ( ) NÃO
Há correlação entre a natureza, grau e localização da(s) lesão(s) 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**

<b>Investigação do Acidente</b> ( 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: ____/____/____	Declaro serem verdadeiras todas as informações aqui prestadas, assumindo total responsabilidade pelas mesmas. _____ Assinatura do Servidor
Nome: _____	
Assinatura: _____	
Carimbo	

Dúvidas consulte: [www.portaldoservidor.pr.gov.br](http://www.portaldoservidor.pr.gov.br) ou ligue para a DIMS.