



Secretaria de Estado da Administração e da Previdência
Divisão de Medicina e Saúde Ocupacional

Comunicação de Acidente de Trabalho - Servidor Estatutário

1. IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR

Nome: _____

RG: _____ Sexo: () F () M Idade: _____ Estado Civil: _____

Cargo: _____

Função Exercida: _____

2. RESIDÊNCIA

Endereço: _____

Bairro: _____ CEP: _____

Município: _____ Telefone: (____) _____

3. ESCOLARIDADE

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Alfabetizado | <input type="checkbox"/> 2º Grau Incompleto | <input type="checkbox"/> Superior |
| <input type="checkbox"/> 1º Grau Incompleto | <input type="checkbox"/> 2º Grau Completo | <input type="checkbox"/> Pós-graduação |
| <input type="checkbox"/> 1º Grau Completo | | |

4. IDENTIFICAÇÃO DO ÓRGÃO

Órgão: _____

Unidade Administrativa: _____

Município: _____ Telefone: (____) _____

5. INFORMAÇÕES SOBRE O ACIDENTE

Data do Acidente: ____/____/____ Hora do Acidente: ____:____ horas.

Número de horas trabalhadas no dia, até o acidente: ____:____ horas.

- | | | |
|--|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Com Afastamento | <input type="checkbox"/> Sem Afastamento | <input type="checkbox"/> Com Óbito |
|--|--|------------------------------------|

6. TIPO DO ACIDENTE

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Típico (no trabalho) | <input type="checkbox"/> Trajeto
(casa / trabalho; trabalho / casa) | <input type="checkbox"/> Doença Profissional
(competência exclusiva da DIMS) |
|---|--|---|

7. DESCRIÇÃO DO ACIDENTE (Preenchimento obrigatório pelo SESMT ou Chefia imediata)

8. PARTE (S) DO CORPO ATINGIDA (S)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cabeça (exceto olhos) | <input type="checkbox"/> Mãos |
| <input type="checkbox"/> Olhos | <input type="checkbox"/> Membros Inferiores |
| <input type="checkbox"/> Tronco | <input type="checkbox"/> Sistemas e Aparelhos |
| <input type="checkbox"/> Membros Superiores (exceto mãos) | <input type="checkbox"/> Múltiplas partes |

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

9. 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 (es) e o histórico do acidente que a (s) teriam provocado?

() Sim () Sim

Regime de tratamento a que deverá submeter-se o acidentado:

() Hospitalar () Ambulatorial

Deverá o acidentado, durante o tratamento, afastar-se do trabalho?

() Sim () Sim

Condições patológicas preexistentes ao acidente: _____

Observações: _____

Local e Data: _____, _____ de _____ de _____

Médico Assistente (Assinatura e Carimbo)

10. TESTEMUNHAS DO ACIDENTE

Nome: _____

Endereço: _____

Assinatura: _____

Nome: _____

Endereço: _____

Assinatura: _____

Data: ____/____/____ _____

Assinatura do Chefe Imediato
(sobre carimbo)

11. DE USO EXCLUSIVO DA DIMS

Investigação do Acidente (Codificado)

() Natureza do Acidente

() Natureza da Lesão

() Causa da Lesão

() Parte do Corpo Atingida

Observações: _____

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

Assinatura do Servidor