|  |
| --- |
| IDENTIFICAÇÃO |
| 1. Nome do servidor:
 | 1. Matrícula SIAPE:
 |
| 1. Emitente:
 | 1. Data de admissão:
 | 1. Tipo de acidente:

Típico Trajeto Doença do Trabalho |
| 1. Órgão ou Entidade na qual ocorreu o acidente
 | 1. Cidade
 | 1. Lotação
 |
| 1. Sexo
 | 1. Cargo/Função
 | 1. Chefia Imediata
 |
| 1. Recebe Insalubridade Periculosidade Radiação Ionizante Raio-X NÃO
 |
| 1. Data do Acidente:

\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/20\_\_\_\_ | 1. Horário do Acidente:
 | 1. Após quantas horas trabalhadas:
 |
| 1. Último dia trabalhado:

\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_ | 1. Houve Testemunhas: SIM NÃO

Nome(s): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 1. Característica do Acidente

Com Afastamento Com Lesão Sem Afastamento Sem Lesão Com Óbito | 1. Partes do Corpo atingidas

Cabeça (exceto olhos) Olhos Tronco-frente Tronco-costa Membros superiores (exceto mão) Mão Membros inferiores (exceto pés) Pés Aparelho Respiratório Outros aparelhos e sistemas Múltiplas partes |
| 1. Descrição do Acidente (**Preenchimento obrigatório**)
 |
| 1. **Declaro serem verdadeiras todas as informações aqui prestadas, assumindo total responsabilidade pelas mesmas.**

*Assinatura do emitente* | 1. Chefia imediata, ciência

*Assinatura da Chefia/Matrícula SIAPE* |

|  |
| --- |
| **EQUIPE DE VIGILÂNCIA À SAÚDE DO SERVIDOR - CSS** |
| CARACTERIZAÇÃO DO ACIDENTE |
| 21. Foi realizada perícia no local do acidente: Sim Não  |
| 22. Existe Laudo de avaliação ambiental: Sim Não  |
| 22.1 **Se não, uma avaliação preliminar constata:** 22.1.1. Físico: Ruído continuo Ruído de impacto Calor Frio Umidade Radiação ionizante Ar-comprimido Radiações não ionizantes Vibrações; 22.1.2. Químico: Agentes químicos Aerodispersoides Atividades e operações com agentes químicos; 22.1.3. Biológico: Sim; 22.1.4. Mecânico: Sim. 22.1.5. Ergonômico: Iluminação Mobiliário Organização do trabalho  |
| 23. **O ambiente pode ter sido fator para a ocorrência do acidente em serviço:** Sim Não  |
| 24. É caracterizado como acidente em serviço: Sim Não  | 25. Encaminhar para o Serviço médico e de perícia: Sim Não  |
| 26. **RECOMENDAÇÕES:** |
| 27. LOCAL E DATA | 28. Encaminhe-se a Unidade / órgão / entidade Em \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Assinatura e matrícula SIAPE do Responsável pela Equipe de Vigilância à Saúde/CSS  |

**ORIENTAÇÃO LEGENDA**

1 – Informar o nome completo do servidor sem reduções.

2 – Informar o número da matricula do SIAPE do servidor.

3 – Informar se o emitente é: o próprio servidor, a chefia imediata, família, sindicato ou autoridade pública.

4 – Informar a data de admissão do servidor no serviço público.

5 – Informar se o acidente é: típico, de trajeto ou doença ocupacional/profissional.

6 – Informar o órgão ou entidade onde o servidor sofreu o acidente – no caso de típico ou doença, e de Trajeto.

7 – Informar a cidade que ocorreu o acidente.

8 – Informar a unidade de lotação.

9 – Informar se é masculino ou feminino outra designação.

10 – Informar o cargo e função.

11 – Informar o nome da chefia imediata do servidor.

12 – Informar se o servidor recebe insalubridade/periculosidade, irradiação ionizante/R-X.

13 – Informar a data do acidente.

14 – Informar a hora do acidente.

15 – Informar quantas horas trabalhadas.

16 – Informar último dia trabalhado.

17 – Informar se houve testemunhas, se sim recolher assinaturas.

18 – Informar as características do acidente.

19 – Informar parte(s) do corpo atingida(s).

20 – Fazer a descrição do acidente.

Cabe a Equipe de Vigilância à Saúde do Servidor/CSS/DQV

21 – Informar se houve perícia no local do acidente.

22 – Informar se existe Laudo de Avaliação Ambiental.

23 – Informar se o ambiente pode ter sido fator para a ocorrência do acidente em serviço.

24 – Informar se o acidente é caracterizado como em serviço.

25 – Informar se há necessidade de encaminhamento ao serviço médico e de perícia.

26 – Informar as recomendações.

27 – Local e data.