



### COMUNICADO DE ACIDENTE EM SERVIÇO

IDENTIFICAÇÃO			
1. Nome do servidor:		2. Matrícula SIAPE:	
3. Emitente:	4. Data de admissão:	5. Tipo de acidente: <input type="checkbox"/> Típico <input type="checkbox"/> Trajeto <input type="checkbox"/> Doença do Trabalho	
6. Órgão ou Entidade na qual ocorreu o acidente		7. Cidade	8. Lotação
9. Sexo	10. Cargo/Função	11. Chefia Imediata	
12. Recebe <input type="checkbox"/> Insalubridade <input type="checkbox"/> Periculosidade <input type="checkbox"/> Radiação Ionizante <input type="checkbox"/> Raio-X <input type="checkbox"/> NÃO			
13. Data do Acidente: ____/____/20____	14. Horário do Acidente:	15. Após quantas horas trabalhadas:	
16. Último dia trabalhado: ____/____/20____	17. Houve Testemunhas: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Nome(s): _____ _____		
18. Característica do Acidente <input type="checkbox"/> Com Afastamento <input type="checkbox"/> Com Lesão <input type="checkbox"/> Sem Afastamento <input type="checkbox"/> Sem Lesão <input type="checkbox"/> Com Óbito		19. Partes do Corpo atingidas <input type="checkbox"/> Cabeça (exceto olhos) <input type="checkbox"/> Olhos <input type="checkbox"/> Tronco-frente <input type="checkbox"/> Tronco-costa <input type="checkbox"/> Membros superiores (exceto mão) <input type="checkbox"/> Mão <input type="checkbox"/> Membros inferiores (exceto pés) <input type="checkbox"/> Pés <input type="checkbox"/> Aparelho Respiratório <input type="checkbox"/> Outros aparelhos e sistemas <input type="checkbox"/> Múltiplas partes	
20. Descrição do Acidente ( <b>Preenchimento obrigatório</b> )     			
21. <b>Declaro serem verdadeiras todas as informações aqui prestadas, assumindo total responsabilidade pelas mesmas.</b>     <i>Assinatura do emitente</i>		22. Chefia imediata, ciência     <i>Assinatura da Chefia/Matrícula SIAPE</i>	



### COMUNICADO DE ACIDENTE EM SERVIÇO

EQUIPE DE VIGILÂNCIA À SAÚDE DO SERVIDOR - CSS	
CARACTERIZAÇÃO DO ACIDENTE	
21. Foi realizada perícia no local do acidente: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
22. Existe Laudo de avaliação ambiental: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
22.1 <b>Se não, uma avaliação preliminar constata:</b>	
22.1.1. Físico: <input type="checkbox"/> Ruído contínuo <input type="checkbox"/> Ruído de impacto <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Frio <input type="checkbox"/> Umidade <input type="checkbox"/> Radiação ionizante <input type="checkbox"/> Ar-comprimido <input type="checkbox"/> Radiações não ionizantes <input type="checkbox"/> Vibrações;	
22.1.2. Químico: <input type="checkbox"/> Agentes químicos <input type="checkbox"/> Aerodispersóides <input type="checkbox"/> Atividades e operações com agentes químicos;	
22.1.3. Biológico: <input type="checkbox"/> Sim;	
22.1.4. Mecânico: <input type="checkbox"/> Sim.	
22.1.5. Ergonômico: <input type="checkbox"/> Iluminação <input type="checkbox"/> Mobiliário <input type="checkbox"/> Organização do trabalho	
23. <b>O ambiente pode ter sido fator para a ocorrência do acidente em serviço:</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
24. É caracterizado como acidente em serviço: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	25. Encaminhar para o Serviço médico e de perícia: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
26. <b>RECOMENDAÇÕES:</b>	
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 matrícula 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.



### **COMUNICADO DE ACIDENTE EM SERVIÇO**

- 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.