



COMUNICAÇÃO 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		
09. Sexo	10. Cargo / Função	11. Nome da Chefia Imediata
12. Recebe: Insalubridade / Periculosidade / Irradiação Ionizante / Gratificação de Raios-X Não.		
13. Data do acidente ____/____/20__	14. Horário do Acidente	15. Após quantas horas trabalhadas?
16. Último dia trabalhado ____/____/20__	17. Característica do acidente	
	com afastamento com lesão com óbito sem afastamento sem lesão	
18. Houve Testemunhas sim / Não Nome _____ _____		
19. Parte(s) do corpo atingida(s): cabeça (exceto olhos) / olhos / tronco frente / tronco costa / Membros superiores (exceto mãos) / mãos / membros inferiores (exceto pés) / pés / aparelho respiratório / outros sistemas e aparelhos / múltiplas partes.		
20. Descrição do acidente (preenchimento obrigatório)		
Declaro serem verdadeiras todas as informações aqui prestadas, assumindo total responsabilidade pelas mesmas.		Chefia imediata, ciência.
Assinatura do emitente		Assinatura da chefia (matrícula SIAPE)
EQUIPE DE VIGILÂNCIA À SAÚDE DO SERVIDOR /CST - 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 contínuo / ruído de impacto / calor / frio / umidade / radiação ionizante / ar comprimido / radiações não ionizantes / vibrações;		
22.1.2. químico: agentes químicos / aerodispersóides / atividades e operações com agentes químicos;		
22.1.3. biológico: sim; 27.1.4. 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		Encaminhe-se a Unidade / órgão / entidade Em ____ / ____ / ____ Assinatura e matrícula SIAPE do Responsável pela Equipe de Vigilância à Saúde/CST



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.
- 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 as características do acidente.
- 18 – Informar se houve testemunhas, se sim recolher assinaturas.
- 19 – Informar parte(s) do corpo atingida(s).
- 20 – Fazer a descrição do acidente.

Cabe a Equipe de Vigilância à Saúde do Servidor/CST/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.