

## FORMULÁRIO DE ACIDENTE E INCIDENTE EM SERVIÇO

ACIDENTE

INCIDENTE

➤ Preencha os campos abaixo somente se ocorreu **ACIDENTE**

### 1. DADOS DO SERVIDOR

Nome:

CPF:

Data de nascimento:

Cidade:

Telefone:

### 2. DADOS FUNCIONAIS

Matrícula SIAPE:

E-mail:

Unidade de exercício:

Cargo:

Função:

Setor:

Há quanto tempo exerce atividades neste local:

Já sofreu acidente de trabalho?  SIM  NÃO

Em caso afirmativo, comente:

### 3. DADOS DO ACIDENTE

Data:

Hora:

Após quantas horas de trabalho:

Local do acidente:

Houve afastamento?  SIM  NÃO

Último dia trabalhado:

Parte(s) do corpo atingida(s):

Houve registro policial?  SIM  NÃO

Utilizava equipamento de proteção individual – EPI? Qual (is)?

Relate o que ocorreu:

### 4. DADOS DO ATENDIMENTO DE SAÚDE

Recebeu atendimento médico ou de enfermagem?  SIM  NÃO

Onde:

Houve internação?  SIM  NÃO

Duração provável do tratamento:

➤ Preencha os campos abaixo somente se ocorreu **INCIDENTE**

**5. DADOS DO NOTIFICADOR**

Nome:

SIAPE:

Unidade:

Telefone:

**6. DADOS DO INCIDENTE**

Data:

Hora:

Local:

Pessoa (s) envolvida (s):

Houve dano ao patrimônio? Quais?

Relate o que ocorreu:

Realizado alguma ação de correção? Quais?

---

Declaramos que as informações prestadas são verdadeiras.

\_\_\_\_\_  
Responsável pelo preenchimento

\_\_\_\_\_  
Chefia imediata

Nome:

Nome:

Data:

Data:

\_\_\_\_\_  
Servidor