

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