|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| COMUNICADO DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE | | | | |
|  | 1. Nome do(a) emitente | | |  |
| Xxx.. | | |
| ( ) Servidor/familiar ( ) Serviço médico ( ) CISSP ( ) RH ( ) Outros: Xxx... | | |
| 2. Telefone | | |
| (xx) 9 xxxx - xxxx | | |
| 3. Nome completo do servidor que sofreu o acidente | | |
| Xxx... | | |
| 4. Telefone | | |
| (xx) 9 xxxx - xxxx | | |
| 5. Data de nascimento | | |
| xx/xx/xxxx | | |
| 6. Órgão | | |
| Xxx... | | |
| 7. Lotação de exercício | | |
| Xxx... | | |
| 8. Matrícula Siape | | |
| xxx... | | |
| 9. Cargo | | |
| Xxx... | | |
| 10. Função (se aplicável) | | |
| Xxx... | | |
| 11. Data do acidente | | |
| xx/xx/xxxx | | |
| 12. Hora do acidente | | |
| xx:xx | | |
| 13. Após quantas horas de trabalho | | |
| 20 horas | | |
| 14. Data do último dia trabalhado | | |
| xx/xx/xxxx | | |
| 15. Parte(s) do corpo atingida(s) | | |
| Xxx... | | |
| 16. Houve afastamento do trabalho? | | |
| ( ) Sim, quantos dias? XX dias ( ) Não | | |
| 17. Descrição detalhada do acidente | | |
| Xxx... | | |
| 18. Houve acionamento do SAMU, Corpo de Bombeiro ou Polícia Militar? | | |
| ( ) Sim ( ) Não | | |
| 19. Houve morte? | | |
| ( ) Sim ( ) Não | | |
| 20. Local do acidente (nome do local, via pública, área rural ou outros) | | |
| Xxx... | | |
| 21. Especificação do local do acidente (pátio, rampa de acesso, posto de trabalho ou nome da rua ou outros): | | |
| Xxx... | | |
| 22. Preencher em caso de acidente de trajeto (quadro abaixo) | | |
| O acidente ocorreu no percurso:  ( ) da residência para o trabalho.  ( ) do trabalho para residência.  ( ) outro: xxx... | | |
| Endereço do acidentado | | |
| Xxx... | | |
| Endereço do local do acidente | | |
| Xxx... | | |
| Descrever o trajeto realizado durante o acidente | | |
| Xxx... | | |
| 23. Testemunha (quando houver): | | |
| Testemunha 1 | Telefone | CPF |
| Xxx... | (xx) 9 xxxx - xxxx | xxx.xxx.xxx-xx |
| Testemunha 2 | Telefone | CPF |
| Xxx.. | (xx) 9 xxxx - xxxx | xxx.xxx.xxx-xx |
| Localidade | Data | Assinatura do emitente |
| Xxx... | xx/xx/xx |  |
|  | | |
| Anexar a este documento: cópia do atestado médico contendo - CID, dias de afastamento, CRM e assinatura do médico; boletim de ocorrência, fotos e outros documentos complementares - caso tenha. | | |
| Aprovado por: Mário Raimundo do Santos Neto - Gestor do Siass - IF Goiano / Goiás Data de aprovação:29/05/2019 | | |