

(Preencher digitado ou manuscrito)

1. Identificação do funcionário

Nome:	_____
RG.:	_____ Idade: _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____
Cargo:	_____ Categoria Funcional: <input type="checkbox"/> Efetivo <input type="checkbox"/> Cargo em Comissão
Função Exercida:	_____
Endereço Residencial:	_____
Bairro:	_____ Telefone Residencial: _____
C.E.P.:	_____ Município: _____

2. Formação Escolar

<input type="checkbox"/> 1. Analfabeto	<input type="checkbox"/> 5. 2º Grau Incompleto
<input type="checkbox"/> 2. Alfabetizado	<input type="checkbox"/> 6. 2º Grau Completo
<input type="checkbox"/> 3. 1º Grau Incompleto	<input type="checkbox"/> 7. Superior
<input type="checkbox"/> 4. 1º Grau Completo	<input type="checkbox"/> 8. Pós-graduação

3. Identificação do Órgão

Órgão / Unidade Admin.:	_____
Município:	_____ Telefone: _____

4. Informações sobre o Acidente

5. Tipo do Acidente

Data do Acidente: _____ Hora do Acidente: _____	<input type="checkbox"/> 1. Típico (no Trabalho)
Número de horas trabalhadas até o acidente: _____ horas	<input type="checkbox"/> 2. Trajeto (Deslocamento: casa p/ trabalho; Trabalho p/ casa)
<input type="checkbox"/> 1. Com afastamento <input type="checkbox"/> 2. Sem Afastamento <input type="checkbox"/> 3. Com Óbito	<input type="checkbox"/> 3. Doença Profissional (competência exclusiva da DIMS)
<input type="checkbox"/> 1. Com Lesão <input type="checkbox"/> 2. Sem Lesão	

6. Descrição do Acidente

(Preenchimento obrigatório pelo SESMT ou Chefia imediata)

Parte(s) do corpo atingida(s)

<input type="checkbox"/> 1. Cabeça (exceto olhos)	<input type="checkbox"/> 5. Mãos
<input type="checkbox"/> 2. Olhos	<input type="checkbox"/> 6. Membros inferiores
<input type="checkbox"/> 3. Tronco	<input type="checkbox"/> 7. Sistemas e aparelhos
<input type="checkbox"/> 4. Membros superiores (exceto mãos)	<input type="checkbox"/> 8. Múltiplas partes

A Comunicação de Acidente de Trabalho deve ser encaminhada a DIMS no prazo máximo de 24 horas

7. Laudo de Exame Médico

Serviço Médico: _____	Data: ____/____/____	Hora: ____:____
Descrição da(s) Lesão(ões): _____ _____		
Diagnóstico provável: _____ _____		
Há compatibilidade entre o estágio evolutivo da(s) Lesão(ões) e a data do acidente declarada no anverso ? () SIM () NÃO		
Há correlação entre a natureza, grau e localização da(s) lesão(ões) e o histórico do acidente que a(s) teriam provocado ? () SIM () NÃO		
Regime de tratamento a que deverá submeter-se o acidentado.	() Hospitalar	() Ambulatorial
Deverá o acidentado, durante o tratamento, afastar-se do trabalho ?	() SIM	() NÃO
Condições patológicas preexistentes ao acidente: _____ _____		
Observações: _____ _____		
Localidade: _____	Data: ____/____/____.	
_____ Médico Assistente (assinatura e carimbo)		

8. De uso exclusivo da DIMS

Investigação do Acidente (Codificado)			
() Natureza do Acidente	() Causa da Lesão	() Natureza da Lesão	() Parte do corpo atingida
Observações: _____ _____			

Testemunhas do Acidente

Nome: _____	Assinatura: _____
Endereço: _____	
Nome: _____	Assinatura: _____
Endereço: _____	

Chefia Imediata: _____	Data: ____/____/____
Nome: _____	
Assinatura: _____	
Carimbo	
Declaro serem verdadeiras todas as informações aqui prestadas, assumindo total responsabilidade pelas mesmas. _____ Assinatura do Servidor	