|  |  |
| --- | --- |
|  | **UNIVERSIDADE FEDERAL DE LAVRAS****PRÓ-REITORIA DE GESTÃO E DESENVOLVIMENTO DE PESSOAS****COORDENADORIA DE SAÚDE OCUPACIONAL****UNIDADE SIASS** |
| **COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO** |
| **DADOS DO EMITENTE** |
| NOME DO EMITENTE: | CONTATO: |
| DATA DO REGISTRO: |
| **DADOS PESSOAIS DO SERVIDOR ACIDENTADO** |
| NOME COMPLETO: |
| GÊNERO: ( ) F ( ) M | DATA DE NASCIMENTO:\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_. |
| CPF:  | RG: |
| LOGRADOURO: |
| BAIRRO:  | CIDADE: | CEP: | UF: |
| TELEFONE DE CONTATO: | E-MAIL: |
| **DADOS FUNCIONAIS DO SERVIDOR ACIDENTADO** |
| IDENTIFICAÇÃO ÚNICA:  | MATRÍCULA SIAPE: |
| ÓRGÃO:  | LOTAÇÃO: |
| CARGO:  | FUNÇÃO: |
| **DADOS DO ACIDENTE OU DOENÇA** |
| DATA DO ACIDENTE: | HORA DO ACIDENTE: |
| APÓS QUANTAS HORAS DE TRABALHO: |
| TIPO DE ACIDENTE: ( ) ACIENTE TÍPICO ( ) ACIDENTE DE TRAJETO ( ) DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO |
| HOUVE AFASTAMENTO: ( ) SIM ( ) NÃO  | ÚLTIMO DIA DE TRABALHO: |
| PARTES DO CORPO ATINGIDAS:  |
| HOUVE TESTEMUNHA(S): ( ) SIM ( ) NÃO |
| NOME E CONTATO DA TESTEMUNHA:  |
| FOI FEITO BOLETIM DE OCORRÊNCIA: ( ) SIM ( ) NÃO | NÚMERO: |
| DESCRIÇÃO DO ACIDENTE: |
| Declaro serem verdadeiras todas as informações aqui prestadas, assumindo total responsabilidade pelas mesmas.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Assinatura do emitente) | Chefia imediata, ciência.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Assinatura da chefia e matrícula SIAPE) |
| RECEBIDO PELA COORDENADORIA DE SAÚDE OCUPACIONAL EM \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, POR \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. |