|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. | | | | | | | | |