



Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão  
Secretaria de Recursos Humanos  
Departamento de Relações de Trabalho  
Coordenação Geral de Seguridade Social e Benefícios do Servidor

## COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE EM SERVIÇO

### IDENTIFICAÇÃO

1. Nome do Servidor			2. Matrícula SIAPE		
3. Emitente		4. Data de Admissão		5. Tipo de Acidente	
6. Órgão ou Entidade na qual ocorreu o acidente			7. Código SIAPE		8. CNAE
9. Cidade	10. Lotação		11. Código lotação	12. Categoria Funcional	13. Sexo
14. Cargo / função / emprego		15. CBO	16. Nome da Chefia Imediata		
17. Recebe: <input type="checkbox"/> Insalubridade / <input type="checkbox"/> Periculosidade / <input type="checkbox"/> Irradiação Ionizante / <input type="checkbox"/> Gratificação de Raios-X / <input type="checkbox"/> Não.					
18. Data do acidente ____ / ____ / 20__		19. Horário do Acidente		20. após quantas horas trabalhadas?	
21. último dia trabalhado ____ / ____ / 20__		22. Característica do acidente <input type="checkbox"/> com afastamento <input type="checkbox"/> com lesão <input type="checkbox"/> sem afastamento <input type="checkbox"/> sem lesão <input type="checkbox"/> com óbito			23. Teve Testemunhas: <input type="checkbox"/> sim / <input type="checkbox"/> Não
24. Parte(s) do corpo atingida(s): <input type="checkbox"/> cabeça (exceto olhos) / <input type="checkbox"/> olhos / <input type="checkbox"/> tronco frente / <input type="checkbox"/> tronco costa / <input type="checkbox"/> Membros superiores (exceto mãos) / <input type="checkbox"/> mãos / <input type="checkbox"/> membros inferiores (exceto pés) / <input type="checkbox"/> pés / <input type="checkbox"/> aparelho respiratório / <input type="checkbox"/> outros sistemas e aparelhos / <input type="checkbox"/> múltiplas partes.					
25. Descrição do acidente (preenchimento obrigatório)					
Declaro serem verdadeiras todas as informações aqui prestadas, assumindo total responsabilidade pelas mesmas.			Chefia imediata, ciência.		
Assinatura do emitente			Assinatura da chefia (matrícula SIAPE)		
<b>EQUIPE DE VIGILÂNCIA À SAÚDE DO SERVIDOR – CARACTERIZAÇÃO DO ACIDENTE</b>					
26. Foi realizada perícia no local do acidente: <input type="checkbox"/> sim / <input type="checkbox"/> Não					
27. Existe Laudo de avaliação ambiental: <input type="checkbox"/> sim / <input type="checkbox"/> Não					
27.1 Se não, uma avaliação preliminar constata:					
27.1.1. físico: <input type="checkbox"/> ruído contínuo / <input type="checkbox"/> ruído de impacto / <input type="checkbox"/> calor / <input type="checkbox"/> frio / <input type="checkbox"/> umidade / <input type="checkbox"/> radiação ionizante / <input type="checkbox"/> ar comprimido / <input type="checkbox"/> radiações não ionizantes / <input type="checkbox"/> vibrações;					
27.1.2. químico: <input type="checkbox"/> agentes químicos / <input type="checkbox"/> aerodispersóides / <input type="checkbox"/> atividades e operações com agentes químicos;					
27.1.3. biológico: <input type="checkbox"/> sim; 27.1.4. Mecânico: <input type="checkbox"/> sim.					
27.1.5. ergonômico: <input type="checkbox"/> iluminação / <input type="checkbox"/> mobiliário / <input type="checkbox"/> organização do trabalho					
28. O ambiente pode ter sido fator para a ocorrência do acidente em serviço: <input type="checkbox"/> sim / <input type="checkbox"/> Não					
29. É caracterizado como acidente em serviço: <input type="checkbox"/> sim / <input type="checkbox"/> Não			30. Encaminhar para o Serviço médico e de perícia: <input type="checkbox"/> sim / <input type="checkbox"/> Não		
31. Recomendações: (anexar)					
30. Local e Data			Encaminhe-se a Unidade / órgão / entidade		
			Em ____ / ____ / ____		
			Assinatura e matrícula SIAPE do Responsável pela Equipe de Vigilância à saúde		