



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ  
PRÓ-REITORIA DE DESENVOLVIMENTO E GESTÃO DE PESSOAL  
Div. 202

Exclusivo PROGEP

Lançado SIE/SIAPE

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Ass:

## COMUNICADO DE ACIDENTE EM SERVIÇO

### CAMPOS PREENCHIDOS PELO(A) ACIDENTADO(A)

Nome:	
Cargo:	Matrícula SIAPE:
Lotação:	Telefone de Contato:
Data de Nascimento:	Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino
Local do Acidente (estabelecimento do(a) empregador(a), empresa onde o(a) empregado(a) presta serviço, via pública, área rural, desconhecido ou outros):	
Especificação do Local do Acidente (pátio, sala, quarto, posto de trabalho ou nome da rua):	
CGC/CNPJ - empregador(a):	
Órgão:	Unidade:
Informar o endereço onde ocorreu o acidente:	
Unidade da Federação:	Município:
Tipo: ( ) Típico ( ) Atípico	Data do Acidente:
O acidente ocorreu após quantas horas de trabalho?	O acidente gerou afastamento? ( ) Sim ( ) Não
Parte(s) do corpo atingida(s):	
Agente causador (acidente):	
Agente causador (doença):	
Situação geradora do acidente ou doença:	
Houve registro policial? ( ) Sim ( ) Não	Houve morte?

### TESTEMUNHA 1

NOME:		
CEP:	LOGRADOURO:	
NÚMERO:	COMPLEMENTO:	BAIRRO:
UF:	Município:	Telefone:
Carteira de Identidade:	CPF:	

**TESTEMUNHA 2**

NOME:		
CEP:	LOGRADOURO:	
NÚMERO:	COMPLEMENTO:	BAIRRO:
UF:	Município:	Telefone:
Carteira de Identidade:		CPF:

**CAMPOS PREENCHIDOS PELO MÉDICO ATENDENTE**

**ATENDIMENTO DE SAÚDE** (preencher este campo caso o(a) acidentado(a) tenha sido atendido em uma Unidade de Atendimento de Saúde)

Unidade de Atendimento:		
Data:	Hora:	Houve Internação? ( ) Sim ( ) Não
Deverá o acidentado afastar-se do trabalho durante o tratamento? ( ) Sim ( ) Não		Duração provável do Tratamento? ..... dias

**LESÃO**

Descrição e natureza da lesão:
--------------------------------

**DIAGNÓSTICO**

Diagnóstico Provável:
CID:
Observações:

**NEXO CAUSAL**

Houve Nexo Causal?
--------------------

**ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO ATENDENTE**

Em: ____/____/_____   _____ Médico (CRM)
---

**À DIRETORIA DE SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA DA UFPA/CVSST**

Notificação do acidente descrito encaminhada para fins de registro
Em: ____/____/_____   _____ Secretaria da Unidade

**À PERÍCIA OFICIAL EM SAÚDE DA UFPA**

Notificação do Acidente em Serviço para Registro no SIAPE-SAÚDE ( ) Registrado ( ) Não gerou afastamento ( ) Gerou afastamento por ..... dias
Em: ____/____/_____   _____ Médico (CRM)