



PCD 024.3

DIREÇÃO GERAL DO CAMPUS GOVERNADOR VALADARES  
COORDENAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS

RH-650A

## COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE EM SERVIÇO

## Observações:

1. Para acidentes graves, acionar imediatamente o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU (192) ou Serviço de Resgate do Corpo de Bombeiros (193).
2. Comunicar, imediatamente, o acidente à sua chefia imediata. Na impossibilidade de comunicação por parte da vítima, um terceiro deverá realizar o contato.
3. Encaminhar o atestado médico de afastamento dentro dos prazos previstos na legislação

## DADOS DO SERVIDOR

SERVIDOR		SEXO
		<input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.
DATA DE NASCIMENTO	CPF	RG
/ /		

## ENDEREÇO

LONGRADOURO	NÚMERO	COMPLEMENTO
BAIRRO	CEP	TELEFONE
CIDADE/UF	E-MAIL	

## DADOS FUNCIONAIS

MATRÍCULA SIAPE	CARGO
UNIDADE/SUBLOTAÇÃO	FUNÇÃO
LOCAL DE TRABALHO	

## ACIDENTE OU DOENÇA

TIPO (ACIDENTE TÍPICO, ACIDENTE DE TRAJETO OU DOENÇA PROFISSIONAL)		
DATA DO ACIDENTE	HORA DO ACIDENTE	APÓS QUANTAS HORAS DE TRABALHO?
/ /		
HOUVE AFASTAMENTO?	ÚLTIMO DIA TRABALHADO	HOUVE MORTE?
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	/ /	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
DESCRIÇÃO DO ACIDENTE E PARTE DO CORPO ATINGIDA:		

**LOCAL DO ACIDENTE/DOENÇA**

LOCAL		
ESPECIFICAÇÃO DO LOCAL DO ACIDENTE (EX.: PÁTIO, RAMPA DE ACESSO, POSTO DE TRABALHO OU NOME DA RUA)		
CNPJ / /	HORA DO ACIDENTE	APÓS QUANTAS HORAS DE TRABALHO?
HOUE AFASTAMENTO? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	ÚLTIMO DIA TRABALHADO / /	HOUE MORTE? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
DESCRIÇÃO DO ACIDENTE E PARTE DO CORPO ATINGIDA:		

**TESTEMUNHAS**

NOME DA TESTEMUNHA 1		
LONGRADOURO	NÚMERO	COMPLEMENTO
BAIRRO	CEP	TELEFONE
CIDADE/UF	E-MAIL	
ASSINATURA TESTEMUNHA 1		
NOME DA TESTEMUNHA 2		
LONGRADOURO	NÚMERO	COMPLEMENTO
BAIRRO	CEP	TELEFONE
CIDADE/UF	E-MAIL	
ASSINATURA TESTEMUNHA 2		

**ENCAMINHAMENTOS**

<b>01</b>	<b>Ao SIASS/UFJF-GV,</b>  Notificação do acidente em serviço descrito encaminhada para fins de registro.  Em        /        /  Secretaria da Unidade
<b>02</b>	<b>Ao Serviço de Segurança do Trabalho - SIASS/UFJF-GV</b>  Notificação do acidente em serviço descrito encaminhada para emissão de parecer.  Em        /        /  Serviço de Medicina do Trabalho - SIASS/UFJF-GV,