



Secretaria de Estado da Administração e da Previdência

Coordenadoria de Segurança e Saúde Ocupacional

Comunicação de Acidente do Trabalho - Servidor Estatutário

1. Identificação do funcionário

Nome: _____
RG: _____ Idade: _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____
Cargo: _____
Função Exercida: _____
Endereço Residencial: _____
Bairro: _____ Telefone Residencial: _____
CEP.: _____ Município: _____

2. Formação Escolar

1. () Analfabeto	5. () 2º Grau Incompleto
2. () Alfabetizado	6. () 2º Grau Completo
3. () 1º Grau Incompleto	7. () Superior
4. () 1º Grau Completo	8. () Pós-graduação

3. Identificação do Órgão

Órgão / Unidade Admin.: _____
Município: _____ Telefone: _____

4. Informações sobre o Acidente

Data do acidente: ____/____/____. Hora do acidente: ____:____
Número de horas trabalhadas até o acidente: ____ horas
1. () Com afastamento () Sem afastamento
2. () Com Óbito

5. Tipo do Acidente

1. () Típico (no Trabalho)
2. () Trajeto (Deslocamento: casa-trabalho; trabalho-casa)
3. () Doença Profissional (competência exclusiva da CSO)

6. Descrição do Acidente (Preenchimento obrigatório pelo SESMT ou Chefia imediata)

Parte(s) do corpo atingida(s)

1. () Cabeça (exceto olhos)	5. () Mãos
2. () Olhos	6. () Membros inferiores
3. () Tronco	7. () Sistemas e aparelhos
4. () Membros superiores (exceto mãos)	8. () Múltiplas partes

A Comunicação de Acidente de Trabalho deve ser encaminhada à CSO/JIMP no prazo máximo de 24 horas da ocorrência do acidente.

7. Laudo de Exame Médico

Serviço Médico: _____ Data: ____/____/____ Hora: ____:____

Descrição da(s) Lesão(ões): _____

Diagnóstico provável: _____

Há compatibilidade entre o estágio evolutivo da(s) Lesão(ões) e a data do acidente declarada no anverso ?

() SIM () NÃO

Há correlação entre a natureza, grau e localização da(s) lesão(s) e o histórico do acidente que a(s) teriam provocado?

() SIM () NÃO

Regime de tratamento a que deverá submeter-se o acidentado. () Hospitalar () Ambulatorial

Deverá o acidentado, durante o tratamento, afastar-se do trabalho ? () SIM () NÃO

Condições patológicas preexistentes ao acidente: _____

Observações: _____

Localidade: _____ Data: ____/____/____.

Médico Assistente (assinatura e carimbo)

8. De uso exclusivo da CSO/JIMP

Investigação do Acidente

(Codificado)

() Natureza do Acidente () Causa da Lesão () Natureza da Lesão () Parte do corpo atingida

Observações: _____

Testemunhas do Acidente

Nome: _____ Assinatura: _____

Endereço: _____

Nome: _____ Assinatura: _____

Endereço: _____

Chefia Imediata: _____ Data: ____/____/____

Nome: _____

Assinatura: _____

Carimbo

Declaro serem verdadeiras todas as informações aqui prestadas, assumindo total responsabilidade pelas mesmas.

Assinatura do Servidor

Dúvidas consulte: www.portaldoservidor.pr.gov.br ou

Ligue para a CSO/JIPM – Cornélio Procópio (43) 3523-6267; Jacarezinho (43) 3525-4376