



## COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE EM SERVIÇO

PARA O PREENCHIMENTO CORRETO,  
VERIFIQUE AS ORIENTAÇÕES NO FINAL DO FORMULÁRIO

### 1. DADOS DO SERVIDOR E DO EMITENTE

Data de ingresso<sup>1</sup> ..... / ..... / .....  Docente  Técnico-administrativo SIAPE<sup>2</sup> .....

Nome<sup>3</sup> ..... Sexo<sup>4</sup>  F  M

Cargo<sup>5</sup> ..... Função<sup>6</sup> .....

Lotação<sup>7</sup> .....

Cód. lotação<sup>8</sup> ..... Categoria funcional<sup>9</sup> ..... CBO<sup>10</sup> .....

Recebe<sup>11</sup>  Insalubridade  Periculosidade  Irradiação Ionizante  Raios-X  Nenhum

Emitente<sup>12</sup> .....

### 2. DADOS DO ACIDENTE

Órgão ou entidade onde ocorreu o acidente Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso do Sul

Código SIAPE 26415 CNAE 8542200 Cidade<sup>13</sup> .....

Data do acidente<sup>14</sup> ..... / ..... / ..... Horário do acidente<sup>15</sup> ..... : .....

Último dia trabalhado<sup>16</sup> ..... / ..... / ..... Após quantas horas trabalhadas?<sup>17</sup> ..... : .....

Afastamento<sup>18</sup>

- Não  
 Sim

Tipo de acidente<sup>19</sup>

- Típico  
 De trajeto  
 Doença ocupacional/profissional

Características do acidente<sup>20</sup>

- Sem lesão  
 Com lesão  
 Com óbito

Parte(s) do corpo atingida(s)<sup>21</sup>

- Cabeça (exceto olhos)  Membros superiores (exceto mãos)  Aparelho respiratório  
 Olhos  Mãos  Múltiplas partes  
 Tronco (frente)  Membros inferiores (exceto pés)  Outros sistemas e aparelhos  
 Tronco (costas)  Pés

Testemunhas<sup>22</sup>  Sim  Não Nome da(s) testemunha(s)<sup>23</sup> .....

Descrição do acidente<sup>24</sup> .....  
(preenchimento obrigatório)

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

Local e data: ..... / ..... / .....

.....  
Servidor / SIAPE

.....  
Chefia imediata / SIAPE

**A. CARACTERIZAÇÃO DO ACIDENTE** USO EXCLUSIVO DA EQUIPE DE VIGILÂNCIA À SAÚDE DO SERVIDOR

Foi feita perícia no local do acidente?<sup>25</sup>

Sim  Não

Se não, uma avaliação preliminar constata:<sup>27</sup>

Físico

Ruído contínuo       Radiação ionizante  
 Ruído de impacto     Radiações não ionizantes  
 Calor  
 Frio                             Ar comprimido  
 Umidade                     Vibrações

Biológico

Sim

Mecânico

Sim

O ambiente pode ter sido fator para a ocorrência do acidente em serviço?<sup>28</sup>

Sim  Não

Caracteriza acidente em serviço?<sup>28</sup>

Sim  Não

Há laudo de avaliação ambiental?<sup>26</sup>

Sim  Não

Químico

Agentes químicos  
 Aerodispersóides  
 Atividades e operações com agentes químicos

Ergonômico

Iluminação  
 Mobiliário  
 Organização do trabalho

Encaminhar para o serviço médico e de perícia<sup>30</sup>

Sim  Não

Recomendações<sup>31</sup>  
 (anexar)

.....  
 .....

Encaminhe-se à  
 unidade / órgão / entidade em  
 ..... / ..... / .....

Local e data: ..... , ..... / ..... / .....  
 .....  
 Responsável pela Equipe de Vigilância à Saúde / SIAPE

**Orientações**

1. Informar a data de ingresso do servidor no serviço público.
2. Informar o número da matrícula do SIAPE do servidor.
3. Informar o nome completo do servidor, sem reduções.
4. Informar o sexo do servidor.
5. Informar o cargo do servidor.
6. Informar a função do servidor, se for o caso.
7. Informar em que unidade está lotado o servidor.
8. Informar o código SIAPE de lotação do servidor.
9. Informar se o servidor é estatutário, celetista, cedido e/ou requisitado.
10. Enquadramento de atividade desenvolvida pelo servidor junto a Classificação Brasileira de Ocupações.
11. Informar se o servidor recebe algum destes adicionais.
12. Informar se o emitente é: o próprio servidor, a chefia imediata, família, sindicato ou autoridade pública.
13. Informar a cidade de ocorrência do acidente.
14. Informar a data do acidente.
15. Informar a hora do acidente, no caso de acidente típico.
16. Informar qual o último dia efetivamente trabalhado pelo servidor, mesmo que parcialmente.
17. Informar quantas horas após iniciar o serviço ocorreu o acidente, no caso de acidente típico. Para acidente de trajeto e doença desconsiderar o item.
18. Informar se o acidente ocasionou o afastamento do servidor das atividades laborais.
19. Informar o tipo de acidente.
20. Informar se o acidente causou lesão física aparente ou se provocou óbito do servidor.
21. Informar a parte do corpo atingida no acidente.
22. Informar se houve testemunhas, quando da ocorrência do acidente.
23. Informar o nome da(s) testemunha(s), se houver.
24. Descrever de forma sucinta o acidente.

**Observação:** Os itens de 25 a 31 deverão ser preenchidos pela equipe de Vigilância à Saúde do Servidor.

25. Informar se a equipe foi ao local do acidente. Acidente de trajeto consignar. Não se aplica.
26. Informar se existe Laudo de Avaliação Ambiental, no caso de acidente de trajeto consignar. Não se aplica.
27. Se não existe laudo, informar de forma preliminar os riscos identificados no ambiente de ocorrência do acidente.
28. Informar se o ambiente de trabalho pode ter "ajudado" (concausa) a ocorrência do acidente.
29. Informar se o acidente pode ser considerado como acidente em serviço.
30. Informar se é necessário o encaminhamento para o serviço médico.
31. Consignar as recomendações necessárias para que causas semelhantes não ocorram. (Anexar as recomendações caso o espaço seja exigido).