



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

5. Tipo do Acidente

Data do Acidente: ____ / ____ / ____ . Hora do Acidente: ____ : ____	1. () Típico (no trabalho)
Número de horas trabalhadas até o acidente: ____ : ____ horas	2. () Trajeto (Deslocamento: casa p/ trabalho; Trabalho p/ casa)
1. () Com afastamento () Sem afastamento	3. () Doença Profissional (competência exclusiva da DPM)
2. () Com Óbito	

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 DPM no prazo máximo de 24 horas da ocorrência do acidente.

