

**REGISTRO DE ACIDENTE COM SERVIDOR**

O REGISTRO DA OCORRÊNCIA É OBRIGATÓRIA, MESMO NO CASO EM QUE NÃO HAJA AFASTAMENTO DO SERVIÇO. A inexistência das declarações desta comunicação implicará nas sanções previstas nos artigos 171 e 299 do Código Penal.				
ATENÇÃO				
1. Preencher e assinar o presente formulário, em 03 (três) vias.				
2. Procurar atendimento médico, de acordo com o tipo de acidente, de posse destas vias e solicitar o preenchimento do campo III – ATESTADO MÉDICO. OBSERVAÇÃO: O referido campo III poderá ter o seu preenchimento dispensado quando devidamente substituído por: <ul style="list-style-type: none">• apresentação de Comunicação de Acidente de Trabalho – CAT, em formulário padrão do INSS, com o respectivo campo de ATESTADO MÉDICO (campo II da CAT) completamente preenchido; OU• apresentação de atestado emitido pelo médico que prestou o atendimento assistencial e que contenha TODOS os dados do campo III. Atente que a apresentação de tais documentos NÃO dispensa o preenchimento dos demais campos do Registro de Acidente com Servidor.				
3. Se houver afastamento, o servidor deverá apresentar o atestado médico na Unidade de Avaliação e Perícia de Saúde nos prazos e formas da legislação. A cópia da homologação do afastamento deverá ser anexada ao processo que será aberto;				
4. Colher assinatura e carimbo da chefia e relatores, abrindo o processo na unidade de lotação ou no protocolo do Hospital de Clínicas, se for lotado no HC.				
5. Encaminhar para CAISS/SESAO, em até 10 dias conforme o artigo 214 da lei nº 8112/90.				
6. Aguardar convocação pelo SESAO. O servidor que não comparecer a convocação estará sujeito ao disposto no artigo 130, parágrafos 1º e 2º da Lei nº 8112/90.				
I - SERVIDOR ACIDENTADO				
Nome:				
Nome da mãe:				
Nome do pai:				
Data de nascimento:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	Naturalidade:	Matrícula UFPR:	Matrícula SIAPE:
Lotação:	Cargo:	Turno:		
Jornada legal de trabalho:	<input type="checkbox"/> 20 horas	<input type="checkbox"/> 25 horas	<input type="checkbox"/> 30 horas	<input type="checkbox"/> 40 horas <input type="checkbox"/> D.E.
Telefone residencial:	Telefone de trabalho:		Ramal:	
Celular:	E - mail:			
Endereço residencial:				
Bairro:	CEP:	Município:	UF:	
ACIDENTE				
Local do acidente:				
Data do acidente: ____/____/____	Hora do acidente: ____hs____min	Após quantas horas de trabalho: ____hs____min	Tipo: <input type="checkbox"/> Típico <input type="checkbox"/> Trajeto <input type="checkbox"/> Doença	Recebeu atendimento médico ou hospitalar? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Parte do corpo atingida:	Houve internamento? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Quantos dias? _____	Houve afastamento? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Quantos dias? _____	Último dia de serviço:	
Agente causador: <input type="checkbox"/> Material biológico Qual? _____ <input type="checkbox"/> Material perfuro - cortante Qual? _____ <input type="checkbox"/> Outros Qual? _____	Houve morte? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim			Houve registro policial? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Descrição da situação geradora do acidente ou doença: _____ _____ _____ _____ _____ _____				



II - CHEFIA OU SUPERVISOR		
Estava presente quando ocorreu o acidente?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
O acidentado estava exercendo sua função habitual?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
O acidentado recebeu treinamento para exercer a função?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
No momento do acidente, o acidentado usava equipamento de proteção individual (EPI)? Se afirmativo, qual (is)? Citar todos os EPIs que estava efetivamente usando.	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
Após o acidente, com material biológico ou perfuro – cortante, o servidor realizou exames?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
A fonte (paciente) foi investigada?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
O acidentado foi submetido à quimioprofilaxia? Se afirmativo, quais medicamentos foram utilizados?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
Concorda com a descrição, feita acima, sobre a situação geradora? Se negativo, elaborar nova descrição abaixo:	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
DADOS DOS RELATORES		
Nome legível e assinatura:	Matrícula UFPR:	Matrícula SIAPE:
1. _____	1. _____	1. _____
2. _____	2. _____	2. _____
3. _____	3. _____	3. _____
ASSINATURAS		
_____ Assinatura e carimbo da chefia Data ____/____/____	_____ Assinatura do servidor/da servidora Data ____/____/____	
III - ATESTADO MÉDICO (deve ser preenchido por profissional médico)		
ATENDIMENTO		
Unidade de atendimento médico:	Data: ____/____/____	Hora: ____ hs
Houve internamento? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Quantos dias? _____	Duração provável do tratamento: _____ dias.	Deverá o acidentado afastar-se do serviço durante o tratamento? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Quantos dias? _____
LESÃO		
Descrição e natureza da lesão: _____ _____		
DIAGNÓSTICO		
Diagnóstico provável:	CID-10:	
Observações: _____ _____		
Local e data:	_____ Assinatura do médico com CRM (legível)	
SESAO		
Registro de acidente com servidor recebida em ____/____/____	_____ Assinatura do servidor/da servidora SESA0	