|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |
|  |  |

|  |
| --- |
| **I - EMITENTE** |
| **Unidade de Exercício:** |

|  |
| --- |
| **Servidor** |
| 1- Nome 2- Matrícula |

|  |
| --- |
| 3- Nome da mãe |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 4-Data de nasc. | 5-Sexo  1- Masc. 2- Fem. | 6-Estado civil  1- Solteiro 2- Casado 3- Viúvo 4- Sep. judic. 5- Outro 6 - Ignorado |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 7- Carteira de Identidade | Data de emissão | Órgão Expedidor | 8- U F |  |

|  |
| --- |
| 9-Endereço - |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Bairro | CEP | Município | U F | 10 -Telefone |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 11-Cargo |  | 12-Data de Admissão na FME: | 13- Aposentado?  1- sim 2- não | 14- Readaptado?  1-sim 2 não |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Acidente** | | | | |
| 15-Data do acidente | 16- Hora do Acidente | 17- Após quantas horas de trabalho? | 18-Houve afastamento?  1-sim 2-não | 19-Local do acidente |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 20-Especificação do local do acidente | 21-Município do local do acidente | 22- Parte(s) do corpo atingida(s) |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 23-Agente causador |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 24- Descrição da situação geradora do acidente ou doença | 25-Houve registro policial ? 1- sim 2- não |
| 26-Houve morte ? 1- sim 2- não |

|  |
| --- |
| **Testemunha** |
| 27- Nome |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 28-Endereço - Rua/Av/nº/comp. | | | | |
| Bairro | CEP | Município | UF | 29-Telefone |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Local e data:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Assinatura e carimbo do emitente |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **II - ATESTADO MÉDICO**  **Deve ser preenchido por profissional médico.** | | |
| **Atendimento** | | |
| 30-Unidade de atendimento médico | 31-Data | 32- Hora |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 33-Houve internação  1-sim 2- não | 34-Duração provável do tratamento dias | 35-Deverá o acidentado afastar-se do trabalho durante o tratamento?  1-sim 2-não |

|  |
| --- |
| **Lesão** |
| 36-Descrição e natureza da lesão |

|  |  |
| --- | --- |
| **Diagnóstico** | |
| 37-Diagnóstico provável | 38- CID- |

|  |
| --- |
| 39- Observações: |

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 40-Data e local:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura e carimbo do médico |  |

|  |
| --- |
| **A COMUNICAÇÃO DO ACIDENTE É OBRIGATÓRIA, MESMO NO CASO EM QUE NÃO HAJA AFASTAMENTO DO TRABALHO** |