



UNIVERSIDADE FEDERAL DE LAVRAS  
PRÓ-REITORIA DE GESTÃO E DESENVOLVIMENTO DE PESSOAS  
Coordenadoria da Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho  
CSO/DDP/DAE/PROGEPE – Unidade SIASS

## COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO

### DADOS DO EMITENTE

NOME DO EMITENTE:

CONTATO:

DATA DO REGISTRO:

### DADOS PESSOAIS DO SERVIDOR ACIDENTADO

NOME COMPLETO:

CPF:

TELEFONE DE CONTATO:

### DADOS FUNCIONAIS DO SERVIDOR ACIDENTADO

MATRÍCULA SIAPE:

LOTAÇÃO:

CARGO:

### DADOS DO ACIDENTE OU DOENÇA

DATA DO ACIDENTE:

HORA DO ACIDENTE:

APÓS QUANTAS HORAS DE TRABALHO:

TIPO DE ACIDENTE: ( ) ACIDENTE TÍPICO ( ) ACIDENTE DE TRAJETO ( ) DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO

ESPECIFICAÇÃO DO LOCAL DO ACIDENTE:

HOUVE AFASTAMENTO: ( ) SIM ( ) NÃO

ÚLTIMO DIA DE TRABALHO:

PARTES DO CORPO ATINGIDAS:

HOUVE TESTEMUNHA(S): ( ) SIM ( ) NÃO

NOME E CARGO DA TESTEMUNHA

CONTATO TELEFÔNICO DA TESTEMUNHA:

FOI FEITO BOLETIM DE OCORRÊNCIA: ( ) SIM ( ) NÃO

NÚMERO:

DESCREVER A SITUAÇÃO GERADORA DO ACIDENTE OU DOENÇA

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

Chefia imediata, ciência.

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do emitente)

\_\_\_\_\_  
(Assinatura da chefia e matrícula SIAPE)