Diagrama, Desenho técnico

Descrição gerada automaticamente**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ**

**PRÓ-REITORIA DE GESTÃO DE PESSOAS**

**COORDENADORIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO SERVIDOR​**

**1ª via – Perícia Oficial de Saúde**

**2ª via – Servidor**

**3ª via – Atendimento médico**

**REGISTRO DE ACIDENTE COM SERVIDOR**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **O REGISTRO DA OCORRÊNCIA É OBRIGATÓRIA, MESMO NO CASO EM QUE NÃO HAJA AFASTAMENTO DO SERVIÇO.**  A inexatidão 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:   * + apresentação de Comunicação de Acidente de Trabalho – CAT, em formulário padrão do INSS, com o respectivo campo de ATESTADO MÉDICO (campo ll 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-se que a apresentação de tais documentos NÃO dispensa o preenchimento dos demais campos do Registro de Acidente com Servidor.**   1. Se houver afastamento, o servidor deverá apresentar o atestado médico na Seção de Avaliação e Perícia de Saúde nos prazos e formas da legislação. 2. 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 CHC. 3. Encaminhar para CAISS, em até 10 dias conforme o artigo 214 da lei n° 8112/90. 4. Aguardar convocação pela POS.   O servidor que não comparecer a convocação estará sujeito ao disposto no artigo 130, parágrafos 1° e 2° da Lei n°8112/90. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **I - SERVIDOR ACIDENTADO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nome: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nome da mãe: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nome do pai: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Data de nascimento:  \_\_\_/ \_\_\_/ \_\_\_\_\_\_ | Sexo: Masculino  Feminino | | | | | | Naturalidade: | | | | Matrícula UFPR: | | | | | Matrícula SIAPE: | | | |
| Lotação: | | | | | Cargo: | | | | | | | Turno: | | | | | | | |
| Jornada legal de trabalho:  20 horas  30 horas  40 horas  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: Típico  Trajeto  Doença | | | | | Recebeu atendimento médico ou hospitalar?  Não Sim | | | |
| Parte do corpo atingida: | | Houve internamento?  Não Sim  Quantos dias? | | | | | | Houve afastamento?  Não Sim  Quantos dias? | | | | | | Último dia de serviço:  \_\_\_/ \_\_\_/ \_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| Agente causador:  Material biológico  Material perfurocortante  Outros | | | | Qual?  Qual?  Qual? | | | | | | | | | | Houve morte?  Não Sim | | | | | |
| Houve registro policial?  Não Sim | | | | | |
| Descrição da situação geradora do acidente ou doença: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **II - CHEFIA OU SUPERVISOR** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Estava presente quando ocorreu o acidente? Não Sim | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O acidentado estava exercendo sua função habitual? Não Sim | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O acidentado recebeu treinamento para exercer a função? Não Sim | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| No momento do acidente, o acidentado usava equipamento de proteção individual (EPI)? Não Sim  Se afirmativo, qual(is)? Citar todos os EPIs que estava efetivamente usando. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Após o acidente, com material biológico ou perfurocortante, o servidor realizou exames? Não Sim | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| A fonte (paciente) foi investigada? Não Sim | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O acidentado foi submetido à quimioprofilaxia? Não Sim Se afirmativo, quais medicamentos foram utilizados? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Concorda com a descrição, feita acima, sobre a situação geradora? Não Sim Se negativo, elaborar nova descrição abaixo: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **DADOS DOS RELATORES** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Nome legível | | | | | | | Assinatura | | | | | | Matrícula UFPR | | | | | Matrícula SIAPE | |
| 1. Nome legível | | | | | | | Assinatura | | | | | | Matrícula UFPR | | | | | Matrícula SIAPE | |
| 1. Nome legível | | | | | | | Assinatura | | | | | | Matrícula UFPR | | | | | Matrícula SIAPE | |
| **ASSINATURAS** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Assinatura e carimbo da chefia Data \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | Assinatura do servidor/a Data \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | |
| **III - ATESTADO MÉDICO**  (deve ser preenchido por profissional médico) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ATENDIMENTO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Unidade de atendimento médico: | | | | | | | | | | | | | Data:  \_\_\_/ \_\_\_/ \_\_\_\_\_\_ | | | | | | Hora:  \_\_\_\_\_hs\_\_\_\_\_min |
| Houve internamento?  Não Sim  Quantos dias? | | | Duração provável do tratamento:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dias | | | | | | | Deverá o acidentado afastar-se do serviço durante o tratamento? Não Sim  Quantos dias? | | | | | | | | | |
| **LESÃO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Descrição e natureza da lesão: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **DIAGNÓSTICO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Diagnóstico provável: | | | | | | | | | | | | | | | CID-10: | | | | |
| Observações: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Local e data: | | | | | | | | | Assinatura e carimbo do médico com CRM (legível) | | | | | | | | | | |