**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) |