

FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO EM SERVIÇO NO TRF 1ª REGIÃO

I – DADOS DO ACIDENTADO

1. Nome completo:		
2. Sexo: M () F ()	3. Data de admissão no Órgão: / / .	
4. Data de nasc. / / .	5. Cargo:	
6. Endereço:		7. UF:
8. CEP:	9. Telefone:	10. CPF:
11. RG:	12. Empregador/lotação:	
13. E-mail:		

II– DADOS DO ACIDENTE

14. Data do acidente: / / .	15. Hora:	16. Local:
17. Descrição da situação geradora do acidente (especificar após quantas horas de trabalho o acidente ocorreu).		
18. Parte(s) do corpo atingida(s):		
19. Último dia de trabalho: / / .		
20. Característica do acidente:	() Sem afastamento () Com afastamento: quantidade de dias	
	() Sem lesão () Com lesão	
	() Com Óbito	
21. Tipo: () Típico () De trajeto () Outros		
22. Houve registro policial?: () Sim () Não		
23. Testemunhas		
_____ Assinatura do emitente		

III– INFORMAÇÕES DE COMPETÊNCIA DA EQUIPE DE SAÚDE OCUPACIONAL
(caracterização administrativa do acidente)

24. Existe laudo de avaliação do ambiente? () Sim () Não	
25. Risco ambiental causador do acidente	() Físico () Acidente/mecânico
	() Químico () Ergonômico
	() Biológico () Não se aplica
26. É caracterizado como acidente de trabalho? () Sim () Não	
27. Usava EPI no momento do acidente? () Sim () Não () Não se aplica	
28. O ambiente pode ter sido um fator para ocorrência do acidente? () Sim () Não	
29. Observações:	
_____ Assinatura do responsável	

IV – INFORMAÇÕES DE COMPETÊNCIA DO MÉDICO PERITO

30. Descrição e natureza da lesão:	
31. Diagnóstico provável:	
32. CID:	33. Local e data: , / / .
34. Observações:	
<hr style="width: 20%; margin: auto;"/> Assinatura e carimbo do médico	

- Portaria assinada pelo Presidente, Desembargador Federal Mário César Ribeiro.
- Publicada no Boletim de Serviço n. 26 de 10/02/2014.