# ANEXO I - NOTIFICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO – NAT

|  |  |
| --- | --- |
|  | **SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO PENITENCIÁRIA**  **COORDENADORIA DE UNIDADES PRISIONAIS DA REGIÃO....................**  **UNIDADE PRISIONAL ....................................................................**  ***NOTIFICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO – NAT*** |

**PROC. nº** \_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **NAT nº\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_** |

**DADOS DO ACIDENTE**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATA DO ACIDENTE:** | **DIA DA SEMANA:** | **HORÁRIO DO ACIDENTE:** | | **JORNADA DE TRABALHO**  **DAS: ÀS:** | **( ) NO TRABALHO**  **( ) NO PERCURSO** |
| **LOCAL DO ACIDENTE:** | | | **POSTO DE TRABALHO:** | | |

**DADOS DO ACIDENTADO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOME:** | | | | | | | **DATA NASCIMENTO:** |
| **NI:** | | **RG:** | | | | **CPF:** | |
| **ENDEREÇO:** | **NÚMERO:** | | **BAIRRO:** | | **CIDADE:** | | |
| **CEP:** | **UF:** | | **TELEFONE:** | | **DATA EXERCICIO NO CARGO / FUNÇÃO:** | | |
| **CARGO / FUNÇÃO ATIVIDADE:** | **SECRETARIA DE ESTADO:** | | | **UNIDADE DE EXERCICIO:** | | | |

**DADOS DA TESTEMUNHA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOME:** | **R.G.:** | **TELEFONE:** |
| **ASSINATURA:** | | |
| **NOME:** | **R.G.:** | **TELEFONE:** |
| **ASSINATURA:** | | |

**DESCRIÇÃO DO ACIDENTE**

|  |
| --- |
|  |

**DESCRIÇÃO DAS PARTES DO CORPO ATINGIDA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PARTES DO CORPO ATINGIDAS E/OU PROBLEMAS MENTAIS DECORRENTES:** | | **CID N. º:** |
| **( ) COM AFASTAMENTO**  **( ) SEM AFASTAMENTO** | **PERÍODO DE AFASTAMENTO (DIAS):** | |

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES EM CASO DE ACIDENTE DE TRAJETO**

|  |
| --- |
| **O ACIDENTE OCORREU NO PERCURSO:**  **( ) DA RESIDÊNCIA PARA O TRABALHO ( ) DE IDA PARA O LOCAL DE REFEIÇÃO**  **( ) DO TRABALHO A RESIDÊNCIA ( ) DE VOLTA DO LOCAL DE REFEIÇÃO**  **( ) DE SAIDA A SERVICO DURANTE O EXPEDIENTE ( ) OUTROS** |

**OCORRÊNCIA POLICIAL**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **( ) SIM ( ) NÃO** | **BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º:** | |
| **HORÁRIO DE SAÍDA DO LOCAL ASSINALADO NO ITEM ANTERIOR:** | | **MEIO DE LOCOMOÇÃO USADO QUANDO DO ACIDENTE:** |
| **HOUVE ALTERAÇÃO OU MUDANÇA NO PERCURSO HABITUAL? ( ) SIM ( ) NÃO** | | |
| **POR QUÊ?** | | |

**RECURSO USUAL (Anexar Croquis e eventualmente fotos, explicando as imagens, e exames complementares se houver)**

|  |
| --- |
|  |

**DADOS DE ATENDIMENTO EM UNIDADE DE SAÚDE**

|  |  |
| --- | --- |
| **HOUVE ATENDIMENTO EM UNIDADE DE SAÚDE? ( ) SIM ( ) NÃO** | |
| **CASO SIM, QUAL ÓRGÃO DE ATENDIMENTO A SAÚDE:** | |
| **HORÁRIO DO ATENDIMENTO?** | **FEZ EXAMES COMPLEMENTARES? ( ) SIM ( ) NÃO** |

**DADOS DO SUPERIOR IMEDIATO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOME:** | | **R.G.:** |
| **FUNÇÃO / CARGO:** | **UNIDADE DE EXERCICIO:** | |
| **ENDEREÇO ELETRONICO:** | | |

**MANIFESTAÇÃO DA CIPA (OU DO SUPERIOR IMEDIATO PARA AS UNIDADES EM QUE NÃO HÀ CIPA)**

|  |  |
| --- | --- |
| **O ACIDENTE ATENDE OS REQUISITOS PARA SER ENQUADRADO LEGALMENTE COMO ACIDENTE DE TRABALHO PELO ÓRGÃO MÈDICO COMPETENTE (DPME), CONFORME LEGISLAÇÂO:**  **( ) SIM ( ) NÃO** | **N.º NAT:** |
| **NOME:** | **R.G.:** |
| **FUNÇÃO CIPA / CARGO / FUNÇÃO:** | **DATA:** |
| **ASSINATURA:** | |

**ASSINATURA DO ACIDENTADO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_**

**................................................................................, ......... de ......................................... de 20........**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ASSINATURA E CARIMBO DO SUPERIOR IMEDIATO ASSINATURA E CARIMBO DO DIRETOR DO ÓRGÂO**

**DE RECURSOS HUMANOS**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ASSINATURA DO PRESIDENTE DA CIPA ASSINATURA E CARIMBO DO DIRIGENTE**

**GERAL DA UNIDADE**