

Formulário de Pré-Comunicação de Acidente de Trabalho

Obs.: Obrigatório o preenchimento de todos os campos

Data de Preenchimento: ____/____/____

Funcionário(a):

Data de Nascimento: ____/____/____

CPF:

Sexo: () Feminino () Masculino

Cor/Etnia declarada: () branca () preta () parda
() amarela () indígena () não deseja declarar

Tel: ()

Horário de Trabalho: ____:____ às ____:____

Secretaria Municipal de:

Estabelecimento:

Cargo:

Endereço:

Bairro:

CEP:

Descrição do Acidente

Data: ____/____/____ Horário: ____:____

Estava realizando hora extra: () NÃO () SIM

Acidente de Trabalho: () Típico () Trajeto

Parte do Corpo Atingida:

Lateralidade: () Esquerda () Direita () Ambas () N.A.

Houve Afastamento: () NÃO () SIM Último dia Trabalhado: ____/____/____

Local do Acidente (Rua/Bairro):

Local do Atendimento Médico:

Data do Atendimento: ____/____/____

Hora do Atendimento: ____:____

DESCREVER DETALHADAMENTE O MODO COMO OCORREU O ACIDENTE:

Testemunha 1:

Tel: ()

Testemunha 2:

Tel: ()

Responsável pelo Preenchimento/Chefia Imediata:

(Carimbo)

(Assinatura)

IMPORTANTE: Acidente Típico: é o que ocorre na execução do trabalho; **Acidente de Trajeto:** é o que ocorre no percurso da residência para o trabalho ou vice-versa (Art.20 e 21 da Lei 8.213 de 24/07/91). Este formulário deverá ser encaminhado pela chefia imediata de acordo com a Portaria nº22.662/2012. A empresa deverá comunicar o acidente de trabalho, ocorrido com seu empregado, havendo ou não afastamento do trabalho, até o primeiro dia útil seguinte ao da ocorrência e, em caso de morte, de imediato à autoridade competente, sob pena de multa variável entre o limite mínimo e o teto máximo do salário-de-contribuição, sucessivamente aumentada nas reincidências, aplicada e cobrada na forma do artigo 109 do Decreto n.º 2.173/97.

