|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE** | | | Data:  10.11.2016 |
| Revisão:  0 |
| IFPE\_REI\_DGPE\_SIASS\_REG004 | | |
| **DADOS DO ACIDENTADO** | | | | |
| Nome do acidentado: | | | | |
| Empresa (citar se for terceirizada): | | | CNPJ da empresa: | |
| *Campus:* | | | E-mail do Chefe Imediato do Acidentado: | |
| Tipo de Vínculo:  ( ) Servidor Efetivo ( ) Terceirizado  ( ) Comissionado ( ) Anistiado  ( ) Substituto | | | Data do Acidente: | |
| Estava em hora extra? ( ) Sim  ( ) Não | |
| **INFORMAÇÕES DO ACIDENTE:** | | | | |
| Hora do Acidente: | | | Após quantas horas trabalhadas: | |
| Tipo do acidente:  ( ) Típico  ( ) Trajeto  ( ) Doença  ( ) Equiparado:  \_ | | | Local do Acidente: | |
| Descrição Sucinta do acidente: | | | | |
| Nome das testemunhas:  1) \_ \_ \_\_  2) \_ \_ \_\_ | | | | |
| Parte do corpo atingida:  \_ | | | Tipo de Lesão:  ( ) Escoriações ( ) Corte  ( ) Queimadura ( ) Outros  Local do Atendimento Hospitalar:  CID\*:  CRM\*:  Nome do Médico\*:  Houve afastamento: ( ) Sim ( ) Não Quantos: | |
| Observações Adicionais, se necessário: | | | | |
| Assinatura do Emitente: | | Assinatura do Acidentado\*: | | |
| Assinatura da Testemunha: | | Assinatura da Testemunha: | | |

\*Não é obrigatório