|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **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 ( ) OutrosLocal 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