**Requerimento de Apuração de Acidente em Serviço**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL **SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**  **SUBSECRETARIA DE GESTÃO**  **DO TRABALHO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE**  **DIRETORIA DE SAÚDE OCUPACIONAL**  **GERENCIA DE SEGURANÇA HIGIENE E MEDICINA DO TRABALHO**  **NÚCLEO DE SEGURANÇA DO TRABALHO** | | | | | | | | | **REQUERIMENTO DE APURAÇÃO DE ACIDENTE EM SERVIÇO** | |
| **PREENCHIMENTO A CARGO DA CHEFIA IMEDIATA DO SERVIDOR (duas vias originais):** | | | | | | | | | | |
| Nome: | | | | | | Matrícula: | | | | |
| Carga horaria: | Idade: | Sexo: | | | Estado civil: | | Grau de instrução: | | | Data de admissão: |
| Lotação: | | | | | | Função/Cargo: | | | | |
| Telefone de contato: | | | | | | Último dia trabalhado: | | | | |
| Local do acidente: | | | | | | | | | Dia da semana: | |
| Data do acidente: | | | Data do afastamento: | | | Hora: | | | Após \_\_\_\_\_ horas de trabalho | |
| TESTEMUNHAS | | | | | | | | | | |
| 1. Nome: | | | | | | | | | | |
| Endereço: | | | | | | | | Telefone: | | |
| 1. Nome: | | | | | | | | | | |
| Endereço: | | | | | | | | Telefone: | | |
| Registro Policial: ( )Sim ( )Não | | | | Atividade do servidor no momento do acidente: | | | | | | |
| Descrição do Acidente: | | | | | | | | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do Servidor | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura, Matrícula, Carimbo da Chefia Imediata | | | | |