



**IPC - INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES
PÚBLICOS DO MUNICÍPIO DE CARIACICA**

CNPJ: 00.444.435/0001-25

COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO – SERVIDOR (A) ESTATUTÁRIO

1. Identificação do (a) Servidor (a)

Nome: _____
RG. _____ Idade: _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____
Endereço : _____
Bairro: _____ CEP.: _____ Município: _____
Cargo: _____ Telefone _____ E-mail _____

2. Identificação da Secretaria/Local de Trabalho

Secretaria: _____ Local de Trabalho: _____
_____ Telefone: _____

3. Informações sobre o Acidente

4. Tipo do Acidente

Data do Acidente: ____/____/____.	1.() Típico (no Trabalho)
Hora do Acidente: ____:____	2.() Trajeto (Deslocamento casa p/ trabalho; Trabalho p/ casa)
Número de horas trabalhadas até o acidente: ____:____ horas	
1() Com afastamento 2() Sem afastamento 3() Com Óbito	
1.() Com lesão 2.() Sem lesão	

5. Descrição do Acidente
(Preenchimento obrigatório pela Chefia imediata)

_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____



IPC - INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS DO MUNICÍPIO DE CARIACICA

CNPJ: 00.444.435/0001-25

Parte(s) do corpo atingida(s)

1. () Cabeça (exceto olhos)	5. () Mãos
2. () Olhos	6. () Membros inferiores
3. () Tronco	7. () Sistemas e aparelhos
4. () Membros superiores (exceto mãos)	8. () Múltiplas partes

Testemunhas do Acidente

Nome: _____	Assinatura: _____
Endereço: _____	
Tel.: _____	
Nome: _____	Assinatura: _____
Endereço: _____	
Tel.: _____	

Chefia Imediata: Data: ____/____/____ Nome: _____ Assinatura: _____ Carimbo	Declaro serem verdadeiras todas as informações aqui prestadas, assumindo total responsabilidade pelas mesmas. _____ Assinatura do (a) Servidor (a)
--	--

A Comunicação de Acidente de Trabalho deve ser encaminhada ao IPC no prazo máximo de 08 (oito) dias da ocorrência do acidente.