



**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.: _____	

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

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