



ESTADO DE GOIÁS  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO DO SERVIDOR PÚBLICO			
TIPO: ( ) Inicial / ( ) Reabertura		( ) Doença / ( ) Acidente do Trabalho	
Responsável pelas Informações/ Registro: ( ) Chefia Imediata ( ) SESMT ( ) CIPA ( ) OUTRO:		Data de Registro: / /	
CATEGORIA FUNCIONAL DO SERVIDOR: ( ) Efetivo / ( ) Cargo em Comissão			
( ) TÍPICO	Servidor:		
( ) TRAJETO	Data de Nascimento: / /	Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino	
Endereço (Rua/Av./Nº/Comp.):			
Setor:	Município:	UF:	Telefones:
CEP:			
Lotação:		RG:	UF:
Local de Trabalho:		Município de Trabalho:	UF:
Houve Lesão? ( ) Sim ( ) Não	Houve Morte? ( ) Sim ( ) Não		
Data do Acidente: / /	Hora Acidente: ____: ____hs	Houve Afastamento do Trabalho? ( ) Sim ( ) Não	
Município do Acidente:	UF:	Último Dia Trabalhado: / /	Boletim de Ocorrência? ( ) Sim ( ) Não
Cargo:		Função Exercida:	
Local do Acidente (Especificação):			
Agente Causador do Acidente ou Doença:			
Descrição da Situação Geradora do Acidente ou Doença:			
Testemunha 1:		Telefone:	
Testemunha 2:		Telefone:	
Responsável pelo Registro (Nome Completo por Extenso):		Assinatura do Responsável pelo Registro:	
ATESTADO MÉDICO			
Unidade de Atendimento Médico:		Data do Atendimento: / /	Horário: ____: ____h(s)
Diagnóstico Provável:		CID 10:	
Descrição da(s) Lesão (s):		Houve Internação Hospitalar? ( ) SIM ( ) NÃO	
		Duração do Provável do Tratamento: ( ) ____ dias (Por Extenso).	



**ESTADO DE GOIÁS**  
**SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA**

	Haverá necessidade de afastamento do Trabalho Durante Tratamento? ( ) SIM ( ) NÃO
Tratamento Prescrito:	
Local e Data:	Assinatura e Carimbo do Médico (CRM):
<b>O REGISTRO DE ACIDENTE DE TRABALHO É OBRIGATÓRIO, MESMO NOS CASOS EM QUE NÃO HAJA AFASTAMENTO DO TRABALHO!</b>	