

FORMULÁRIO DE ACIDENTE E INCIDENTE DE SERVIÇO

-FAIS-

Sem afastamento Com afastamento Fatal

01. Dados de Identificação do Servidor

Nome completo: _____

Identificação única nº: _____ Sexo: Masculino Feminino

Data de nascimento: _____ Estado Civil: Casado/União estável

Divorciado/Separado Viúvo Solteiro

Formação Escolar: Analfabeto Semi-alfabetizado 1º grau incompleto

1º grau completo 2º grau incompleto 2º grau completo

Superior incompleto Superior Completo Pós-graduado

Endereço residencial (Rua/Av.): _____

Nº _____ Ap.: _____ Bairro: _____ Fone: _____

Cidade: _____

02. Dados Ocupacionais

Ano de ingresso na UFRGS: _____ Local de Exercício: _____

Categoria funcional: _____

Local / Setor / Departamento das atividades: _____

Endereço do local das atividades: _____

Há quanto tempo exerce suas atividades neste local: _____

Principais atividades: _____

Já sofreu outro acidente de serviço: () Sim () Não () Não sabe

Em caso afirmativo, quantos e quando: _____

03. Dados sobre:

() Acidente em Serviço

() Incidente em Serviço

O que ocorreu: _____

Onde ocorreu: _____

Quando ocorreu: ____/____/____ Horário: _____

Nº de horas trabalhadas (no dia do ocorrido) até o horário do acidente: _____

Parte do corpo atingida: () Cabeça Exceto os olhos () Olhos () Pescoço

() Tronco () Membros inferiores () Membros superiores

() Múltiplas partes () Outros: _____

Usava algum equipamento de proteção individual – EPI: () Não () Sim

Qual: _____

O acidente teve testemunhas: () Não () Sim

Cite o(s) nome(s): _____

03. Dados sobre o Primeiro Atendimento

Recebeu atendimento médico ou de enfermagem: () Não () Sim

Onde: _____

Obs.: O boletim de primeiro atendimento deverá ser encaminhado à Divisão de Junta Médica (DJM) no prazo de até 10 (dez) dias para anexar ao processo do FAIS.

Responsável pelo preenchimento

Assinatura

Cargo/Função: _____

Data: ____/____/____

(demais assinaturas no verso)→

Representante da COSAT (se houver)

Assinatura

Chefia Imediata

Assinatura

Diretor da Unidade

Assinatura