

COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE EM ATIVIDADES ACADÊMICAS – CAA.
(acidentes em atividades de campo, em laboratório ou em oficinas).

DADOS PESSOAIS DO ALUNO

Nome:		MATRICULA UFMG

Unidade:	Departamento ou Setor:	
Nome Prof. responsável:		
O aluno estava em: <input type="checkbox"/> atividades de aulas práticas.		<input type="checkbox"/> Desenvolvia pesquisa sob orientação de: <input type="checkbox"/> Não se aplica
<input type="checkbox"/> Não se aplica		<input type="checkbox"/> Iniciação Científica <input type="checkbox"/> PG Mestrado <input type="checkbox"/> PG Doutorado

ENDEREÇO RESIDENCIAL DO ALUNO

Logradouro:	Número:	Complemento:
Bairro:	CEP: _____	Telefone ()
Município:	UF:	

DADOS DO ACIDENTE (preenchimento pelo Prof. ou servidor responsável)

Data do acidente:	Hora:	Local da ocorrência:
___/___/___	__:__	<input type="checkbox"/> No local onde realizava a aula prática ou atividade de pesquisa. <input type="checkbox"/> No trajeto entre UFMG e o local da Atividade de Campo ou vice-versa
O que estava fazendo? (responda apenas se <u>NÃO</u> tratar acidente de trajeto para atividade de campo)		
Onde? (em caso de acidente de trajeto, coloque o endereço)		
Descreva o acidente: (o acontecimento, a(s) parte(s) de seu corpo que foi(ram) atingida(s), as consequências e limitação(ões) resultante(s):		

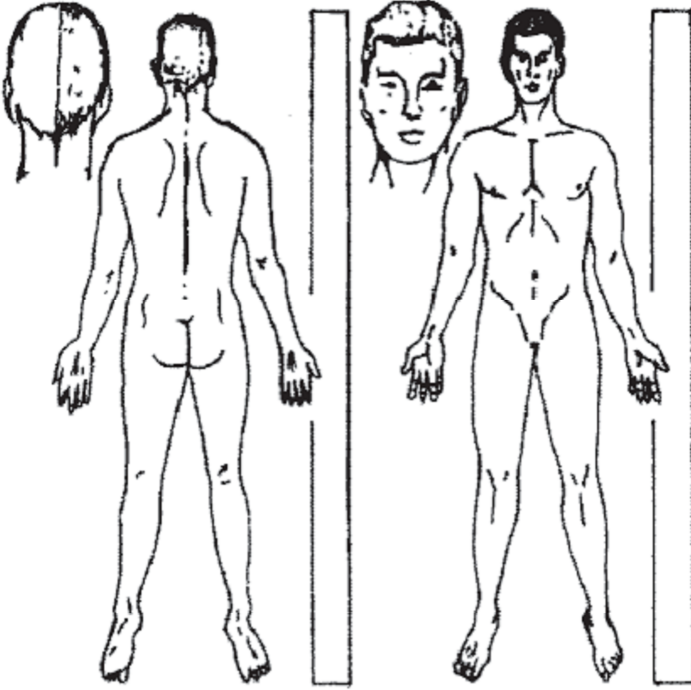
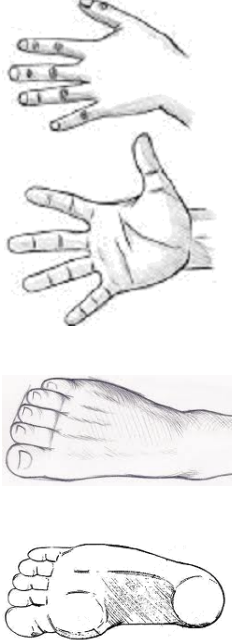
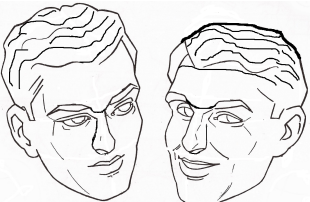
DECLARAÇÃO DO PROF. OU SERVIDOR RESPONSÁVEL SOBRE A OCORRÊNCIA DO ACIDENTE.

O acidente ocorreu enquanto executava a atividade na UFMG?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	A atividade executada é compatível com a aula prática planejada ou a pesquisa em desenvolvimento?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
A atividade era executada nas dependências da UFMG?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Trata-se de agressão sofrida dentro da UFMG?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
No momento do acidente estava em deslocamento por conta de atividade de campo?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não há elementos suficientes para fornecer nenhuma das informações solicitadas.	
Data ___/___/___	Assinatura do prof. ou servidor responsável (identifica-ser ou carimbo)		

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
PRÓ-REITORIA DE RECURSOS HUMANOS
SUBSISTEMA INTEGRADO DE ATENÇÃO À SAÚDE DO SERVIDOR.
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO À SAÚDE DO TRABALHADOR.

AVALIAÇÃO MÉDICA

Favor circular nos modelos abaixo, com esferográfica, o local da lesão e indicar conforme legenda, o tipo de dano junto aos círculos que fizer.

PARTES DO CORPO ATINGIDAS	DETALHES	TIPO DE DANO:
		<ol style="list-style-type: none"> 1. AT – Amputação traumática 2. C – Contusão 3. CO – Corpo estranho no olho 4. E – Escoriação 5. F – Lesão cortante (instrumentos) 6. FRE – Fratura exposta 7. FRN – Fratura não exposta 8. HI – Hemorragia interna 9. IR – Intoxicação por via respiratória 10. ID – Intoxicação por via digestiva 11. IC – Intoxicação por via cutânea 12. L – Luxação 13. PF – Perda de Função 14. Q – Queimadura 15. T – Torção 16. M – Mordedura 17. P – Perfuração 18. C – Contato com fluidos /secreções; 19. 20. 

Houve necessidade de internação? Não Sim, pordias.

Há necessidade de Tratamento Especializado? Não Sim. Qual(is) especialidade(s)?

Necessita de Medicação especial?

Há disponibilidade do tratamento especializado na rede pública de saúde? Sim Não

A documentação apresentada está coerente com o tipo de acidente e tratamento proposto? Sim Não NA

Qual a duração provável do tratamento especializado? ___ / ___ / ___ a ___ / ___ / ___ Não se Aplica

Anexada conclusão médico-pericial? Sim Não

Campo para observações da Avaliação Médica.

Data ___ / ___ / ___

Assinatura do médico (com carimbo)