



Comunicado de Acidente em Atividade Acadêmica – Aluno

DADOS PESSOAIS DO ALUNO *(responder preferencialmente sem siglas ou abreviações)*

Nome Social (opcional, conforme Decreto 8.727/2016):	
Nome Civil:	
Registro Acadêmico (RA):	Data de Nascimento:
Unidade:	Curso:
Telefone com DDD:	Email:

Atividade que desenvolvia durante o acidente: <input type="checkbox"/> Atividade Acadêmica <input type="checkbox"/> Pesquisa de Iniciação Científica <input type="checkbox"/> Pesquisa de Pós – Graduação <input type="checkbox"/> Pesquisa de Pós Doutorado <input type="checkbox"/> Internato <input type="checkbox"/> Estágio <input type="checkbox"/> Outro _____
Local da atividade: <input type="checkbox"/> Dentro da UFMG. Especificar: _____ <input type="checkbox"/> Fora da UFMG. Especificar _____
Possui alguma deficiência? <input type="checkbox"/> Não. <input type="checkbox"/> Sim. <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> Intelectual <input type="checkbox"/> Transtorno do Espectro Autista

DADOS DO ACIDENTE

Data / /	Hora :
Nome do Docente/Responsável: (pela atividade acadêmica)	
Ramal:	
O que estava fazendo?	

Onde?

Descreva o acidente: (O acontecimento, a(s) parte(s) de seu corpo que foi(ram) atingida(s), as consequências e limitação(ões) resultante(s))

Possui relatório médico externo?

Sim

Não

Precisou fazer boletim de ocorrência?

Sim

Não

Houve testemunha?

Não houve testemunha.

Houve testemunha.

TESTEMUNHAS (Se houver informar abaixo)

Nome

Telefone (DDD)

Nome

Telefone (DDD)

Declaro que as informações descritas acima são verdadeiras.

Ciente que documentos complementares como atestado médico, relatórios, resultados de exames complementares ou boletim de ocorrência, poderão ser solicitados no ato da investigação do acidente.

Declaro que assinei este formulário e entreguei à Seção de Ensino da minha Unidade.

Data: ___/___/___

Assinatura do Aluno