



GOVERNO DE BRASÍLIA
SECRETARIA DE ESTADO DE POLÍTICAS PARA CRIANÇAS, ADOLESCENTES E JUVENTUDE
COORDENAÇÃO ADMINISTRATIVA
SUBSECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO GERAL
DIRETORIA DE GESTÃO DE PESSOAS

REQUERIMENTO DE INVESTIGAÇÃO DE ACIDENTE EM SERVIÇO

PREENCHIMENTO A CARGO DA CHEFIA IMEDIATA DO SERVIDOR (Três vias):

Nome:			Matrícula:		
Carga horaria:	Idade:	Sexo:	Estado civil:	Grau de instrução:	Data de admissão:
Lotação:		Função/Cargo:		Telefone de contato:	Último dia trabalhado:
Endereço:					
Local do acidente:				Dia da semana:	
Data do acidente:	Data do afastamento:	Hora:	Após _____ horas de trabalho		

TESTEMUNHAS

(1) Nome:	
Endereço:	Telefone:
(2) Nome:	
Endereço:	Telefone:
Registro Policial: () Sim () Não	Atividade do servidor no momento do acidente:

Descrição do Acidente:

Data:

_____ Assinatura Servidor	_____ Assinatura / Matrícula Chefia Imediata
---------------------------------	--