|  |  |
| --- | --- |
| Brasão República | **MINISTÉRIO DA ECONOMIA****Secretaria Especial de Previdência e Trabalho****Secretaria do Trabalho****Subsecretaria de Inspeção do Trabalho****Coordenação-Geral de Segurança e Saúde no Trabalho** |

**COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE FATAL NA ATIVIDADE DE MINERAÇÃO (NR 22)**

Razão Social: CNPJ ou CPF:

Endereço da empresa:

Bairro: CEP: UF: Fone:

E-mail:

Atividade principal (Código CNAE e descrição):

**Dados da mina onde ocorreu o acidente fatal**

Nome da mina: Tipo de mina (subterrânea, céu aberto ou mista):

Principal minério lavrado:

Endereço:

Bairro: CEP: UF: Fone: Localização geográfica (datum SAD 69):

N. º de empregados próprios

Masculino:

Feminino:

Nº de empregados terceirizados

Masculino:

Feminino:

Nº de empresas terceirizadas:

Data e hora do Acidente:

Tipo de acidente (típico, doença ocupacional ou trajeto):

Local do acidente (descrever o local que o acidente ocorreu, se na frente de lavra, oficina, bancadas, desenvolvimento, vias de acessos/transporte, beneficiamento, etc.):

Nº de acidentados Próprios

Masculino:

Feminino:

Nº de acidentados Terceiros:

Masculino:

Feminino:

Nome (s) do(s) acidentado(s), cargo/função, CPF, data de nascimento, tempo após início da jornada e outros dados de trabalho

Próprios:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome do acidentado | Cargo/função | CPF | Data de nascimento | Tipo de jornada (ininterrupta, revezamento, fixa, administrativo, noturna, etc.) | Tempo de trabalho após início da jornada (hh:mm) | Tempo na função/cargo (tempo em que o trabalhador exerceu sua atividade na função em que se acidentou, em anos e meses) | Tempo na empresa(tempo de trabalho na empresa em que o empregado se acidentou, em anos e meses) | Tempo na atividade(experiência do acidentado no setor mineral, em anos e meses) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Terceiros:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome do acidentado | Cargo/função | CPF | Data de nascimento | Tipo de jornada (ininterrupta, revezamento, fixa, administrativo, noturna, etc.) | Tempo de trabalho após início da jornada (hh:mm) | Tempo na função/cargo (tempo em que o trabalhador exerceu sua atividade na função em que se acidentou, em anos e meses) | Tempo na empresa(tempo de trabalho na empresa em que o empregado se acidentou, em anos e meses) | Tempo na atividade(experiência do acidentado no setor mineral, em anos e meses) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Descrição Sucinta do Acidente (em caso de doença ocupacional descrever o que motivou o adoecimento, ex: exposição à poeira, exposição a metano, exposição por monóxido de carbono, etc.):

Data:

Local:

Nome completo do empregador ou preposto responsável pela informação: