|  |  |
| --- | --- |
| 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 nas atividades da indústria de construção, reparação e desmonte naval – NR 34**

**Dados da empresa e do local do acidente**

Nome ou Razão Social:

CNPJ ou CPF:

Endereço da empresa:

Bairro: CEP: UF: Fone:

E-mail:

Atividade principal (Código CNAE e descrição):

Dados do local onde ocorreu o acidente fatal

Nome da embarcação ou estrutura:

Endereço:

Bairro: CEP: UF: Fone: Localização geográfica:

N.º de empregados próprios

Masculino:

Feminino:

N.º de empregados terceirizados

Masculino:

Feminino:

Nº de empresas terceirizadas:

**Dados do acidente**

Data e hora do acidente:

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

Local do acidente (descrever o local no qual o acidente ocorreu):

Nº de acidentados Próprios

Masculino:

Feminino:

Nº de acidentados Terceirizados

Masculino:

Feminino:

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

**Próprios**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome do acidentado | Cargo/função | CPF/RNE/PASSAPORTE  | 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 nas atividades da indústria de construção, reparação e desmonte naval, em anos e meses) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Terceiros**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome do acidentado | Cargo/função | CPF/RNE/PASSAPORTE | 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 nas atividades da indústria de construção, reparação e desmonte naval, em anos e meses) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Descrição Sucinta do Acidente (informando, caso emitida, o número da CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho) e a nacionalidade do acidentado):

Data:

Local:

Nome completo do empregador ou preposto responsável pelas informações: