FIRST REPORT OF INJURY / PRIMEIRA COMUNICAÇÃO DA LESÃO

**If your injury requires immediate attention, or is life threatening, please report to the nearest emergency room. / Se a sua lesão exigir atenção imediata ou apresentar risco de vida, dirija-se ao pronto-socorro mais próximo.**

For prompt handling of your claim, please ensure all fields are completed to the best of your ability: / Para que a sua reclamação seja tratada com rapidez, certifique-se de que todos os campos estejam preenchidos da melhor forma possível:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Injury Date: / Data da lesão:** |  | **Person Reporting Claim: / Pessoa**  **relatando a reclamação:** |  |
| **Injury Time: / Hora da lesão:** |  | **Phone# of Person Reporting Claim: / Nº de telefone da pessoa relatando a**  **reclamação:** |  |

**Employee Information / Informações do funcionário**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Claimant SSN: / SSN do reclamante:** |  | **Date of Birth: / Data de**  **nascimento:** |  | **Age: / Idade:** |  |
| **Legal Name: / Nome legal:** |  | **Marital Status: / Estado civil:** |  | **Gender: / Gênero:** |  |
| **Address: / Endereço:** |  | **Days Worked: / Dias**  **trabalhados:** |  | **Employment Status:**  **/ Status de emprego:** |  |
| **Wage Rate (Monthly): / Taxa salarial**  **(Mensal):** |  |  | |
| **Home Phone: / Telefone residencial:** |  | **10 or 12 Month Employee: / Funcionário de**  **10 ou 12 meses:** |  | **Work Hours: / Horas de trabalho:** |  |
| **Cell Phone: / Telefone celular:** |  | **Title: / Cargo:** |  | **Personal Email: / E- mail pessoal:** |  |

**Employer Information / Informações do empregador**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Employer: / Empregador:** |  | **Phone: / Telefone:** |
| **Location of Accident:**  **/ Local do acidente:** |  | **Contact: / Contato:** |
| **Location of Accident Off Premises: / Local do acidente fora das**  **instalações:** |  | |
| **Location Address: City, State & Zip / Endereço do local: cidade, estado e**  **código postal** |  | |

**Incident Information / Informações sobre o incidente**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Date employer notified: / Data em que o empregador foi**  **notificado:** |  | **Injury reported to: / Lesão comunicada a:** |
| **Who incident was reported to: / Para quem o incidente foi**  **comunicado:** |  | |
| **Supervisor name: / Nome do**  **supervisor:** |  | |
| **Witness name & phone: / Nome**  **e telefone das testemunhas:** |  | |
| **Nature of injury: / Natureza da lesão:** |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Part of body affected: / Parte do**  **corpo afetada:** |  | | |
| **Object causing injury: / Objeto**  **que causou a lesão:** |  | | |
| **How injury occurred: / Como**  **ocorreu a lesão:** |  | | |
| **Dominant hand: / Mão**  **dominante:** |  | | |
| **Prior medical condition? (Please describe all conditions)**  **/Condições médicas anteriores? (Descreva todas as condições)** |  | | |
| **Previous workers’ comp injury?**  **(Please provide dates/injuries) / Lesão anterior por acidente de trabalho? (Forneça datas/lesões)** |  | | |
| **Primary Care Physician: /**  **Médico de cuidados primários:** |  | | |
| **Mitchell card received? / Foi**  **recebido o cartão Mitchell?** | * **Yes / Sim** | * **No / Não** |  |
| **NJSIG/QualCare Card Received?**  **/ Foi recebido o cartão NJSIG/QualCare?** | * **Yes / Sim** | * **No / Não** |  |
| **Child involved & age: / Criança**  **envolvida e idade:** | * **Yes / Sim** | * **No / Não** | **Age / Idade:** |
| **Special needs child: / Criança**  **com necessidades especiais:** | * **Yes / Sim** | * **No / Não** |  |

**Initial Treatment / Tratamento inicial**

|  |  |
| --- | --- |
| **Is treatment being requested? / Está sendo solicitado tratamento?** | * **Yes / Sim ☐ No / Não**   **If treatment is being requested, an NJSIG representative will reach out to you on the next business day. / Se estiver sendo**  **solicitado tratamento, um representante do NJSIG entrará em contato com você no próximo dia útil.** |

**Additional Comments: / Comentários adicionais:**