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:**