

	<b>TOMMASI LABORATÓRIO</b>	Código: <b>FR 053</b>
	<b>Formulário de Registro</b>	Versão: <b>3.0</b>
	<b>CIAT</b>	Página: 1 de 1

### 1. Informações do acidentado

Unidade de trabalho:	
Nome:	
Data de Nascimento	Telefone:

### 2. Informações do acidente

Data do acidente:     /     /	Hora do acidente:
Local do acidente:	Horário de trabalho:
Parte do corpo atingida:	Agente/objeto causador:
Utilizava EPI? <input type="checkbox"/> SIM. Quais? _____ <input type="checkbox"/> NÃO. Por quê? _____	
Categoria: <input type="checkbox"/> MATERIAL BIOLÓGICO <input type="checkbox"/> TRAJETO <input type="checkbox"/> OUTRO	
Necessitou de registro policial? <input type="checkbox"/> SIM, nº do B.O. _____ <input type="checkbox"/> NÃO	

### 3. Descrição da ocorrência

Ao executar o que? _____
Aconteceu o que? _____
Devido a que? _____

\_\_\_\_\_  
Local e Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha

### 4. Informações do Atendimento Médico:

Unidade de Atendimento:	
Hora de chegada ao PS:	Internação? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Data do atendimento:	CID-10:
Horário do atendimento médico:	CRM:

\_\_\_\_\_  
Local e Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo do médico

\_\_\_\_\_  
Assinatura do acidentado