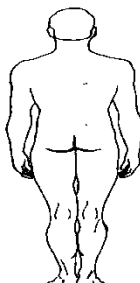


RELATÓRIO DE ACIDENTE DE TRABALHO

PROJETO:			
TIPO: () Inicial / () Reabertura		() Doença / () Acidente do Trabalho	
Responsável pelas Informações/ Registro: () Chefia Imediata / () SESMT			Data de Registro: / /
() TÍPICO	Servidor:		
() TRAJETO	Data de Nascimento: / /	Sexo: () Feminino () Masculino	
Sector:		Chefia:	Telefone:
Lotação:			Matrícula:
Local de Trabalho:			Município de Trabalho:
Houve Lesão ? () Sim () Não		Houve Morte ? () Sim () Não	
Data do Acidente: / /		Hora Acidente: ____:____h(s)	Afastamento do Trabalho ? () Sim () Não
Município do Acidente:	UF:	Último Dia Trabalhado: / /	Boletim de Ocorrência? () Sim () Não
Cargo:		Função Exercida:	
Local do Acidente (Especificação):			
Agente Causador do Acidente ou Doença:			
Descrição da Situação Geradora do Acidente ou Doença:			
Acidentado:			Ass.:
Testemunha 1:			Ass.:
Testemunha 2:			Ass.:

RELATÓRIO DE ACIDENTE DE TRABALHO

ASSINALE NO DESENHO AS PARTES AFETADAS



() Direito
() Esquerdo



() Direito
() Esquerdo

Preencher em caso de Acidente de Trajeto.

O acidente ocorreu no percurso:

- () da residência para o trabalho.
() do trabalho para sua residência.
() de ida para o local da refeição em intervalo de trabalho.
() de volta do local de refeição em intervalo de trabalho.
() outro: _____.

Houve Remoção por Serviço Especializado de Urgência
(S.A.M.U./Bombeiros/Outros)? () Sim () Não

Data da Remoção:
/ /

Horário da Remoção:
__:__h(s)

Local de Assistência Médica do Servidor (a) – Especificar Hospital/Pronto Socorro/Posto de Saúde:

Horário do
Atendimento:
__:__h(s)

MEDIDAS PREVENTIVAS A SEREM ADOTADAS (Campo preenchido pela Coordenação de Segurança do Trabalho):

Responsável pelas Informações (Nome Completo por Extenso):

Local e Data:

Assinatura do Responsável pelas Informações:

1ª via – Coordenação de RH / 2ª via – Coordenação de Segurança do Trabalho / 3ª via – Coordenação da Enfermagem