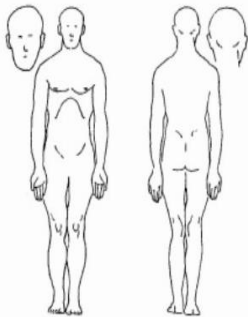


Preenchimento pela chefia imediata do acidentado	Ocorrência do Acidente		Horário de trabalho:		Horas trabalhadas no dia do acidente:		
	Data:	Horário:					
	Nome:					Sexo:	
	Idade:	Fone:	Função:				
	Endereço:						
	Local de trabalho:		UPA São Benedito	UPA Parque do Mirante			
	Descrição do acidente (detalhamento completo, inclusive horário e local):						
	Nome testemunha:					Assinatura:	
A chefia orienta e fiscaliza quanto ao uso do EPI? () Não () Sim - Conduta/ Observação:							
Colaborador (a) orientado (a) a comparecer ao CAST/FUNEP no 1º dia útil após ocorrência? () Sim () Não							
OBSERVAÇÕES: Para acidentes com agente biológico providenciar e preencher corretamente o termo de consentimento / teste rápido e sorologia da fonte.							
Assinatura do colaborador:							
Assinatura e carimbo da chefia imediata:							
Data: _____							
Médico assistente			Local do atendimento:				
			Data:		Hora:		
			Parte do corpo atingida:				
			Diagnóstico:				
	Conduta/ Tratamento:						
	Assinatura/ Carimbo do médico:						
	Material biológico: () Não () Sim - Descrever:						
	Origem-		Iniciais do paciente fonte		Nº do prontuário:		
	Teste Rápido: () Não () Sim Resultado:						
Indicado medicação retroviral pelo Médico? () Não () Sim - Obs.							
Medicina do Trabalho	Compareceu ao Serviço de Medicina do Trabalho? () Não () Sim CID:						
	Diagnóstico/ Conclusão/ Parecer:						
	Médico do Trabalho						

[illegible]