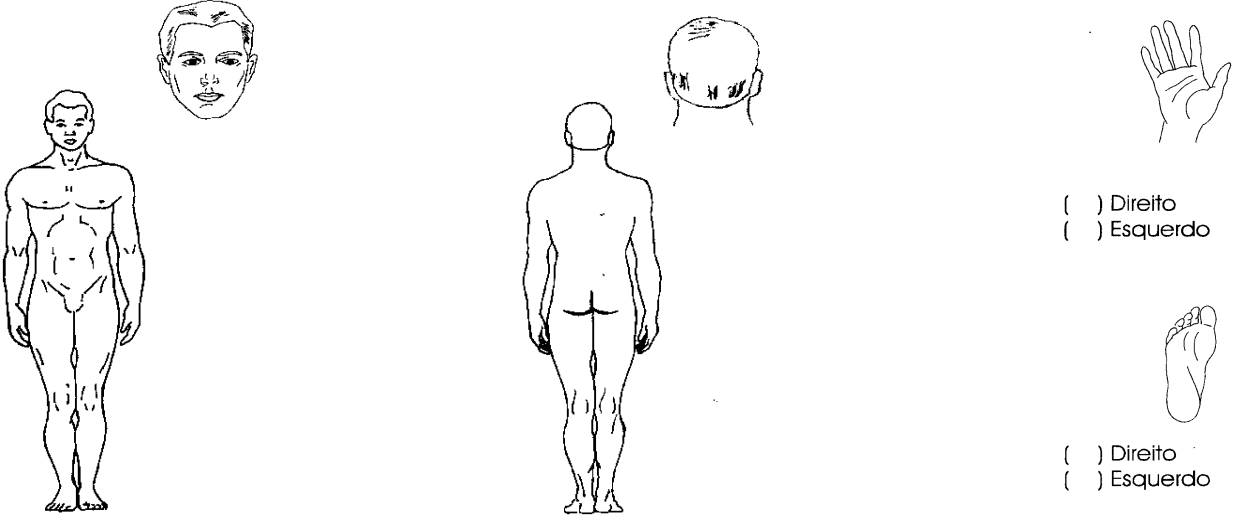


FICHA DE REGISTRO DE ACIDENTE DE TRABALHO

DADOS DO PREENCHIMENTO	DATA PREENCHIMENTO	TIPO DE REGISTRO <input type="checkbox"/> INICIAL <input type="checkbox"/> REABERTURA
	RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES <input type="checkbox"/> CHEFIA IMEDIATA <input type="checkbox"/> SESMT	
	NOME RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES	

DADOS DO FUNCIONÁRIO	FUNCIONÁRIO	
	DATA NASCIMENTO	SEXO <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO
	TELEFONE	CATEGORIA FUNCIONAL DO SERVIDOR <input type="checkbox"/> CARGO EM COMISSÃO <input type="checkbox"/> EFETIVO
	LOCAL DE TRABALHO	
	CARGO	FUNÇÃO EXERCIDA

DADOS DO ACIDENTE	ÚLTIMO DIA TRABALHADO	TIPO DO ACIDENTE <input type="checkbox"/> TÍPICO <input type="checkbox"/> TRAJETO	
	HOUVE LESÃO? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	HOUVE MORTE? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	HOUVE AFASTAMENTO DO TRABALHO? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
	DATA DO ACIDENTE	HORA DO ACIDENTE	HORA DE INÍCIO DO TRABALHO
	MUNICÍPIO DO ACIDENTE	ESTADO	
	LOCAL DO ACIDENTE	FEZ BOLETIM DE OCORRÊNCIA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
	AGENTE CAUSADOR DO ACIDENTE OU DOENÇA		
	DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO CAUSADORA DO ACIDENTE OU DOENÇA		
	ASSINALE NO DESENHO AS PARTES AFETADAS		
	 <p>() Direito () Esquerdo</p> <p>() Direito () Esquerdo</p>		

DADOS DO ACIDENTE	PREENCHER EM CASO DE ACIDENTE DE TRABALHO <input type="checkbox"/> O ACIDENTE OCORREU NO PERCURSO: <input type="checkbox"/> DA RESIDÊNCIA PARA O TRABALHO <input type="checkbox"/> DO TRABALHO PARA SUA RESIDÊNCIA <input type="checkbox"/> DE IDA PARA O LOCAL DA REFEIÇÃO EM INTERVALO DE TRABALHO <input type="checkbox"/> DE VOLTA DO LOCAL DE REFEIÇÃO EM INTERVALO DE TRABALHO <input type="checkbox"/> OUTRO		
	HOUVE REMOÇÃO POR SERVIÇO ESPECIALIZADO DE URGÊNCIA (SAMU/BOMBEIROS/OUTROS)? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	DATA DA REMOÇÃO	HORÁRIO DA REMOÇÃO
	LOCAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DO SERVIDOR (A) - ESPECIFICAR HOSPITAL / PRONTO SOCORRO / POSTO DE SAÚDE	HORÁRIO DE ATENDIMENTO	
	MEDIDAS PREVENTIVAS A SEREM ADOTADAS (CAMPO PREENCHIDO PELA COORDENAÇÃO DE SEGURANÇA DO TRABALHO)		
	LOCAL E DATA		

TESTEMUNHA 1	TELEFONE
TESTEMUNHA 2	TELEFONE

ASSINATURA DO SERVIDOR	ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES
------------------------	---

***ENTREGAR AO RH EM ATÉ 24 HORAS ÚTEIS APÓS O ACIDENTE**