



Ficha de Registro de Acidente de Trabalho

Categoria *
 Trajeto*
 Típico*

Tipo *
 Inicial
 Reabertura

Natureza *
 Acidente de Trabalho
 Doença

Categoria Funcional *
 CLT Estagiário Bolsista
 Prestador de Serviços

Data de Registro *
 / /

Responsável pelas Informações/Registro *
 Chefia Imediata SESMT

Nome *

Data de Nascimento * / /

Telefone *

RG / UF *

Sexo * Feminino Masculino

Cargo *

Função *

CEP *

Tipo de Logradouro/Logradouro *

Nº/Complemento *

Município *

UF *

Lotação *

Setor *

Local de Trabalho *

Município de Trabalho *

UF *

Boletim Ocorrência * Sim Não

Lesão * Sim Não

Morte * Sim Não

Afastamento do Trabalho * Sim Não

Data do Acidente * / /

Hora do Acidente *

Município do Acidente *

UF *

Último dia de Trabalho * / /

Especificação do Local de Acidente *

Agente Causador do Acidente ou Doença *

Descrição da Situação Geradora do Acidente ou Doença *

Testemunha 1 *

Telefone *

Testemunha 2 *

Telefone *

Nome do Responsável pelo Registro *

Responsável pelo Registro

Atestado Médico

Unidade de Atendimento Médico *

Data de Atendimento * / /

Hora do Atendimento *

CID 10 *

Internação Sim Não

Diagnóstico Provável *

Duração Tratamento * dias

Necessidade de afastamento do Trabalho durante Tratamento * Sim Não

Descrição da(s) Lesão (ões) *

Tratamento Prescrito *

› O registro de acidente de trabalho é obrigatório, mesmo nos casos em que não haja afastamento do trabalho!

Responsável pelas Informações

Local e Data

* Preenchimento Obrigatório
 › TRAJETO: Deslocamento habitual casa-trabalho/trabalho-casa / TIPO: Ocorrido durante a jornada de trabalho



Ficha de Descrição/Investigação do Acidente de Trabalho do Servidor Estatutário

Categoria *

- Trajeto*
 Típico*

Categoria Funcional do Servidor *

- Efetivo
 Cargo em Comissão

Responsável pelas Informações/Registro *

- Chefia Imediata
 SESMT

Nome *

Data de Nascimento *

 / /

Telefone *

RG / UF *

Sexo

- Feminino Masculino

Cargo *

Função *

CEP *

Tipo de Logradouro/Logradouro *

Nº/Complemento *

Município *

UF *

Lotação *

Setor *

Município de Trabalho *

UF *

Local de Trabalho *

Boletim Ocorrência *

- Sim Não

Lesão *

- Sim Não

Morte *

- Sim Não

Afastamento do Trabalho *

- Sim Não

Dias Afastados *

Data do Acidente *

 / /

Hora do Acidente *

Município do Acidente *

UF *

Último dia de Trabalho *

 / /

Especificação do Local de Acidente *

Agente Causador do Acidente ou Doença *

Descrição da Situação Geradora do Acidente ou Doença *

Trabalho Executado na Ocasão do Acidente *

Testemunha 1 *

Telefone *

Testemunha 2 *

Telefone *

Descrição da parte do corpo atingida (Preencher Totalmente) *



Observações *

* Preenchimento Obrigatório
 › TRAJETO: Deslocamento habitual casa-trabalho/casa - trabalho/trabalho-casa / TÍPICO: Ocorrido durante a jornada de trabalho



Ficha de Registro de Acidente de Trabalho

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

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

Sim Não

Data da Remoção *

Hora da Remoção *

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

Hora do Atendimento *

Descrição da(s) Situações/Ocorrências/Intercorrências do Deslocamento/Remoção do Servidor(a) e do Atendimento Médico Assistencial *

Internação *

Sim
 Não

Necessidade de Afastamento do Trabalho Sob Atestado Médico *

Sim Não

Nome completo do Médico(a) que Assistiu em Imediato *

CRM *

Descrição das causas, condições e ou agentes que contribuíram para a ocorrência do acidente *

Medidas Preventivas a serem Adotada *

Nome do Responsável pelo Registro *

- › A Descrição/Investigação do Acidente de Trabalho é obrigatória, mesmo nos casos em que não haja afastamento do trabalho!
- › É indispensável para o registro do acidente de trabalho Típico e de Trajeto!
- › Anexar Boletim de Ocorrência quando houver!

Responsável pelas Informações

Local e Data

* Preenchimento Obrigatório
 › TRAJETO: Deslocamento habitual casa-trabalho/trabalho-casa / TÍPICO: Ocorrido durante a jornada de trabalho