

Preenchimento de responsabilidade do gestor ou responsável imediato.

Data do acidente: ____/____/____ Horário: ____ h ____ min Local da Ocorrência: _____

Data do atendimento: ____/____/____ Horário: ____ h ____ min **TEVE LESÃO?** _____

Relatar o ocorrido: _____

Nome do responsável pelo preenchimento desse formulário: _____

DADOS O ACIDENTADO

Nome: _____ Matrícula _____

Data de nascimento: ____/____/____ Idade: ____ Sexo: () Masc () Fem Gestante: () Não () SiM – ALGUMA

Endereço residencial do acidentado: Rua/AV _____

Nº _____ Bairro: _____ Mun: _____

Ponto de Referência: _____ Cep: _____ Contato: _____

Setor: _____ Matrícula: _____ Função: _____

Vínculo com local onde ocorreu o acidente: () Colaborador () Serviço Terceirizado () Jovem Aprendiz () Outros :

Carimbo e assinatura do Gestor ou Responsável Imediato



FORMULÁRIO – SESMT

ACIDENTE DE TRABALHO – TÍPICO OU TRAJETO

Código: F.HABF.090

Versão: 00

Elaboração: 17/11/2022

| | |
|--|---|
| Preenchimento do médico do Pronto Socorro. | Parecer e conduta do medico do Pronto Socorro: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ CID: _____ |
| | Carimbo e assinatura do Médico |
| Preenchimento do SESMT | Tipo de Acidente: () TÍPICO () TRAJETO DATA DE RECEBIMENTO: ____/____/_____ Usava EPI no momento do acidente? () Sim. Quais? () Avental () Gorro () Óculos () Luvas () Máscara () Outro/ Qual? _____ () Não. Por qual motivo? _____ () Não se aplica _____ |
| | Carimbo e assinatura do SESMT |



FORMULÁRIO – SESMT

ACIDENTE DE TRABALHO – TÍPICO OU TRAJETO

Código: F.HABF.090

Versão: 00

Elaboração: 17/11/2022

Preenchimento da medicina do trabalho

Parecer e conduta do Médico do Trabalho: _____

Carimbo e assinatura do Médico do Trabalho