Prefeitura Municipal de Taubaté

Estado de São Paulo

SESMT – Serviço Especializado em Segurança e em Medicina do Trabalho

FICHA DE REGISTRO DE ACIDENTE DE TRABALHO Nº _____

1. TIPO: (__) Inicial / (__) Reabertura
2. (__) Doença / (__) Acidente de Trabalho
3. Data de Registro: / /

4. CATEGORIA FUNCIONAL DO SERVIDOR: (__) Estatutário / (__) Servidor Temporário

5. (__) TÍPICO (__) TRAJETO
6. Servidor:
7. Matrícula:
8. Data de Nascimento: ___/___/___ Idade: ___
9. Sexo: (__) Feminino (__) Masculino

10. Endereço: Telefone:

11. Cargo:
12. Função Exercida:

13. Secretaria:
14. Setor:
15. Telefone:

16. Houve Lesão? (__) Sim (__) Não
17. Houve Morte? (__) Sim (__) Não

18. Data do Acidente: ___/___/___
Dia da Semana:
19. Hora Acidente: ___:___h(s)
20. Houve Afastamento do Trabalho?
(__)Não (__)Sim: _____ dias

21. Horário de Trabalho:
Horas Trabalhadas:
22. Horas Extras:
(__) Sim (__) Não
23. Último dia trabalhado:
___/___/___
24. Boletim de Ocorrência?
(__) Sim (__) Não

25. Local do Acidente (Especificação):

26. 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: _____.

27. Houve Remoção por Serviço Especializado de Urgência (S.A.M.U./Bombeiros/Outros)? (__) Sim (__) Não
28. Data da Remoção: ___/___/___
29. Horário da Remoção: ____:____h(s)

30. Local de Assistência Médica do Servidor (a) – Especificar Hospital/Pronto Socorro/Posto de Saúde:
_____
31. Horário do Atendimento:
_____:____ h(s)

32. DESCRIÇÃO DETALHADA DO ACIDENTE (Campo preenchido pela chefia):

Data do preenchimento: ____/____/_____ Assinatura, Carimbo e Nº. de Matrícula: _____

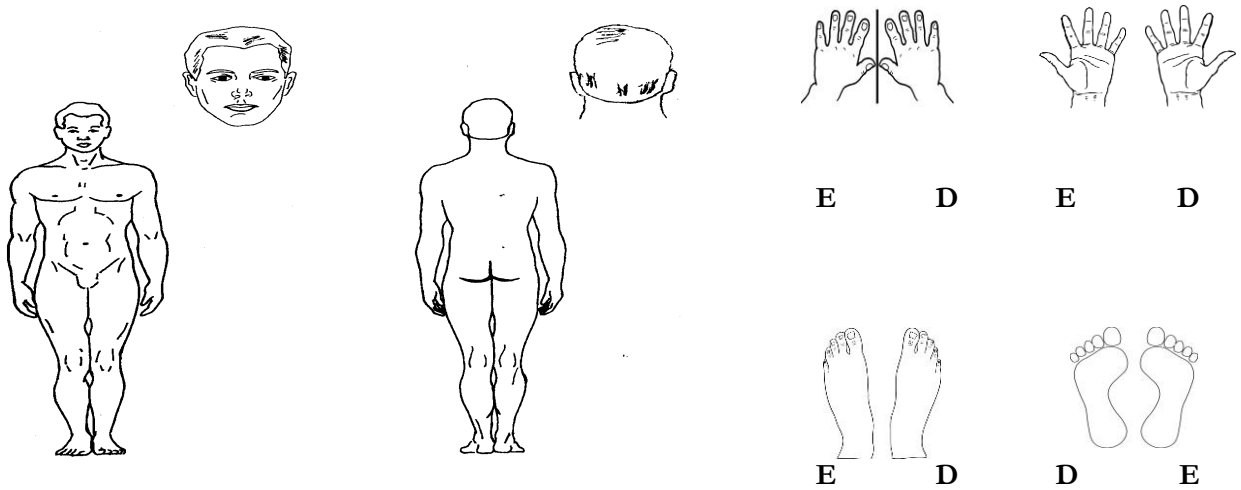
33. Testemunha 1: RG: Telefone:
Testemunha 2: RG: Telefone:

34. PARECER DA SEGURANÇA DO TRABALHO – ANÁLISE DO ACIDENTE

Resp. pelas informações (Nome Completo por Extenso):

Local e Data:	**Ass. e Carimbo do Resp. pelas Informações:**

35. ASSINALE NO DESENHO AS PARTES AFETADAS



36. PARECER DA MEDICINA DO TRABALHO

REGIÃO DO CORPO ATINGIDA:

DIAGNÓSTICO DA LESÃO:

Data: ___/___/_____ **Médico:**_____ **Assinatura:** _____