

FORMULÁRIO DE COMUNICAÇÃO E ANÁLISE DE ACIDENTE DE TRABALHO

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Acidente Típico Com Afastamento <input type="checkbox"/> Acidente Típico Sem Afastamento | <input type="checkbox"/> Acidente de Trajeto Com Afastamento <input type="checkbox"/> Acidente de Trajeto Sem Afastamento |
|--|--|

Nome: Matrícula:

Idade: Sexo: Masculino Feminino Função:

Secretaria: Departamento:

Data do Acidente:/...../..... Hora: Local do Acidente:

Descrição do Acidente:

Caso seja acidente típico, favor descrever as atividades desenvolvidas pelo servidor:

Caso seja acidente de trajeto será necessário fazer a descrição do trajeto, detalhando rua a rua:

1^a Testemunha:

2^a Testemunha:

TIPO DA LESÃO

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Escoriação. <input type="checkbox"/> Contusão. <input type="checkbox"/> Torção. <input type="checkbox"/> Trauma. | <input type="checkbox"/> Corte. <input type="checkbox"/> Perfuração. <input type="checkbox"/> Luxação <input type="checkbox"/> Fratura | <input type="checkbox"/> Intoxicação e/ou Envenenamento <input type="checkbox"/> Queimaduras. <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Outros: |
|--|---|--|

AGENTE DA LESÃO

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Piso, Escada, Rampa ou Buraco <input type="checkbox"/> Porta e/ou Portão <input type="checkbox"/> Ferramentas Manuais <input type="checkbox"/> Ferramentas Elétricas e/ou Pneumáticas <input type="checkbox"/> Facas e Outros Utensílios Domésticos <input type="checkbox"/> Peças Caixas e Outros Objetos <input type="checkbox"/> Cadeiras, Bancos, Estantes e Outros Móveis <input type="checkbox"/> Poeiras, Gases, Vapores, Névoas, Fumos, Etc. <input type="checkbox"/> Máquinas e/ou Motores Elétricos | <input type="checkbox"/> Esforço Físico Excessivo ou Incorreto <input type="checkbox"/> Queda de Mesmo Nível <input type="checkbox"/> Queda de Diferente Nível <input type="checkbox"/> Colisão Entre Veículos Motorizados <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Material Perfurocortante <input type="checkbox"/> Produto Químico e/ou Inflamável <input type="checkbox"/> Radiação Ionizante e/ou não Ionizante <input type="checkbox"/> Outros: |
|--|--|

Data:dede 20.....

Carimbo e Assinatura da Chefia Imediata



Rua Professor João da Matta e Luz, 84 - Centro
 CEP: 06401-110 - Barueri/SP



sadm@barueri.sp.gov.br