

NOME DO ACIDENTADO:

MATRÍCULA: CARGO:

DATA DO ACIDENTE: HORA DO ACIDENTE:

APÓS QUANTAS HORAS TRABALHADAS:

HOUVE AFASTAMENTO: ( ) SIM ( ) NÃO

AFASTADO DURANTE:

LOCAL DO ACIDENTE:

( ) EM ESTABELECIMENTO DA EMPREGADORA

( ) EM EMPRESA ONDE A EMPREGADORA PRESTA SERVIÇOS

( ) EM VIA PÚBLICA

( )EM ÁREA RURAL

( ) OUTROS

MUNICIPIO DO ACIDENTE: UF:

PARTE DO CORPO ATINGIDA:

AGENTE CAUSADOR:

SITUAÇÃO GERADORA:

DATA DO ATENDIMENTO: HORA DO ATENDIMENTO:

HOUVE INTERNAÇÃO: ( ) SIM ( ) NÃO

DEVERÁ O ACIDENTAO AFASTAR-SE DO TRABALHO DURANTE O TRATAMENTO: ( )SIM ( )NÃO

DESCRIÇÃO E NATUREZA DA LESÃO:

CID:

CRM DO MÉDICO: