



COMUNICAÇÃO INTERNA DE ACIDENTE DE TRABALHO - CIAT

SEM AFASTAMENTO

COM AFASTAMENTO

ÓBITO

1. IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADO

Nome Completo: _____

Identidade Funcional: _____ Data de nascimento: _____

Sexo: Masculino Feminino

Cargo/Função: _____

Setor: _____

2. DADOS SOBRE O ACIDENTE

Data da ocorrência: _____ horário: _____

Nº de horas trabalhadas no dia do ocorrido, até o horário do fato: _____

Local do acidente (especificação): _____

Agente causador: _____

Descrição da situação geradora do acidente:

Parte do corpo atingida: Cabeça, exceto Olhos Olhos Pescoço Tronco

 Membros Inferiores Membros Superiores Múltiplas Partes.

Detalhamento: _____

Usava algum Equipamento de Proteção Individual - EPI: NÃO SIM

Qual: _____

O acidente teve testemunhas: NÃO SIM

Citar o(s) nome(s):



3. DADOS SOBRE O REGISTRO POLICIAL E SOBRE O ATENDIMENTO MÉDICO

Houve registro policial: NÃO SIM (anexar Boletim de Ocorrência)

Encaminhamento para atendimento de saúde: SAMU/VIVA HOSPITAL CLÍNICA

Nome do médico responsável pelo atendimento: _____

Nº do CRM do médico: _____

Número do CID: _____

Houve recomendação de afastamento do trabalho: NÃO SIM (anexar atestado médico)

Número de dias de afastamento:

Declaro que as informações prestadas são verdadeiras.

Responsável pelo preenchimento

Assinatura

Cargo: _____

Setor: _____

Encaminhe-se à Diretoria de Recursos Humanos. Em: ____/____/____