



FICHA DE ANÁLISE DE ACIDENTES

FICHA Nº _____ / _____

1- DADOS DO ACIDENTADO E ACIDENTE (CHEFIA: PREENCHER E ENCAMINHAR AO MÉDICO DO TRABALHO)

NOME:			REGISTRO:
SECRETARIA:		FUNÇÃO:	
LOCAL DA FUNÇÃO:			HORÁRIO DE TRABALHO:
DATA DA ADMISSÃO: ____/____/____	TEMPO NA FUNÇÃO:	IDADE:	SEXO: <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO
LOCAL DO ACIDENTE:			
DATA DO ACIDENTE: ____/____/____	HORÁRIO DO ACIDENTE:	DIA DA SEMANA:	DATA DO AFASTAMENTO: ____/____/____
DESCRIÇÃO DETALHADA DO ACIDENTE: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____			
OBJETO CAUSADOR:		PARTE DO CORPO ATINGIDA:	
TESTEMUNHA 1:	NOME:		
	ENDEREÇO:		
TESTEMUNHA 2:	NOME:		
	ENDEREÇO:		
_____ CHEFIA (CARIMBO E ASSINATURA)		_____ ACIDENTADO (ASSINATURA)	

2- DADOS DO ACIDENTE (MÉDICO DO TRABALHO: PREENCHER E ENCAMINHAR À SEGURANÇA DO TRABALHO)

ACIDENTE TÍPICO:	<input type="checkbox"/> SEM AFASTAMENTO	<input type="checkbox"/> COM AFASTAMENTO	<input type="checkbox"/> ATÉ 30 DIAS	<input type="checkbox"/> MAIS DE 30 DIAS
ACIDENTE TRAJETO:	<input type="checkbox"/> SEM AFASTAMENTO	<input type="checkbox"/> COM AFASTAMENTO	<input type="checkbox"/> ATÉ 30 DIAS	<input type="checkbox"/> MAIS DE 30 DIAS
HOUE INTERNAÇÃO:	DURAÇÃO DO TRATAMENTO:	CID:	HAVERÁ AFASTAMENTO DURANTE O TRATAMENTO:	DEVERÁ FICAR AFASTADO DE SUAS ATIVIDADES:
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	____ DIAS		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	POR _____ DIAS, A PARTIR DO DIA ____/____/____
DESCRIÇÃO E LOCAL DA LESÃO: _____ _____ _____ _____ _____				
DIAGNÓSTICO PROVÁVEL: _____ _____ _____ _____ _____				
OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____ _____ _____				
_____/____/____ DATA				
_____ MÉDICO DO TRABALHO (ASSINATURA E CARIMBO)				

COMO OCORREU:

CAUSAS PROVÁVEIS/APURADAS:

MEDIDAS PROPOSTAS:	RESPONSÁVEL:	PRAZO:

CIPA (NOME, REGISTRO, SETOR E ASSINATURA)

CONCLUSÃO FINAL:	
TÉCNICO SEGURANÇA DO TRABALHO:	

ESPÉCIE:	TIPO:	CAUSA:	AGENTE:	FONTE LESÃO:	LOCAL LESÃO:	NATUREZA LESÃO:
DATA ALTA: ____ / ____ / ____		DIAS PERDIDOS: _____			DIAS DEBITADOS: _____	
<p>_____</p> <p>TÉCNICO SEGURANÇA DO TRABALHO (NOME, REGISTRO E ASSINATURA)</p>						