RELATÓRIO DE ACIDENTE DO TRABALHO

1. NOME DO FUNCIONÁRIO ACIDENTADO: _____
2. CARGO E PRONTUÁRIO: _____
3. DEPARTAMENTO, SEÇÃO OU SETOR DE TRABALHO: _____
4. LOCAL DO ACIDENTE E ENDEREÇO COMPLETO: _____ _____
5. DATA E HORA DO ACIDENTE: _____
6. TIPO DE LESÃO (FRATURA, CORTE...): _____
7. DESCRIÇÃO SUCINTA DO ACIDENTE: _____ _____ _____ _____ _____
8. ESCALA DE SERVIÇO NO DIA DO ACIDENTE: _____
_____ *ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO* _____ *ASSINATURA E CARIMBO DA CHEFIA IMEDIATA*

Secretaria de Administração
Av. Marechal Mascarenhas de Moraes,1283 – Sítio do Morro
CEP 06517-520 - Santana de Parnaíba – SP
E-mail: sma.segtrabalho@santanadeparnaiba.sp.gov.br